

Université de Montréal

**EL ITINERARIO DE LOS SABERES Y PRACTICAS
CURATIVAS Y SU EFICACIA SIMBOLICA**
**Encuentro de saberes en la zona andina del Cauca
en el Sur-Oeste Colombiano**

par

Hugo Portela Guarin

DÉPARTEMENT D'ANTHROPOLOGIE
FACULTÉES DES ARTS ET DES SCIENCES

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D.)
en Anthropologie

Février 2006

© Hugo Portela Guarin, 2006



GN

4

U54

2006

v.022

AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :

EL ITINERARIO DE LOS SABERES Y PRACTICAS CURATIVAS
Y SU EFICACIA SIMBOLICA
Encuentro de saberes en la zona andina del Cauca en el Sur Oeste Colombiano

présentée par :
Hugo Portela Guarin

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Robert Crépeau, président-rapporteur
Gilles Bibeau, directeur de recherche
Duncan Pedersen, co-directeur
Jorge Pantaleón, membre du jury
Kristin Norgett, examinateur externe
Robert Crépeau, représentant du doyen de la FES

Resumen

El presente trabajo se desarrolló con miembros de la comunidad indígena *Nasa* (Páez) del sur-oeste Colombiano, la más numerosa del país y con gran protagonismo en la organización indígena nacional por sus luchas reivindicatorias. Específicamente en dos asentamientos con población en permanente interacción, donde se examinaron las dinámicas locales sin pasar por alto la relación global-local. Un asentamiento tradicional en la parte alta de las montañas de la cordillera central donde se ha desarrollado toda su historia cultural, y otro nuevo en la parte plana del valle del río Cauca a donde parte de la población ha llegado desplazada por un terremoto en el lugar de procedencia. A este lugar se llegó con los significados culturales dejando atrás sus referentes significantes, y con la necesidad de significar un nuevo espacio para encontrar la continuidad a su tradición cultural en un contexto de vecindad donde la velocidad de las relaciones interculturales es mayor.

En ambos asentamientos se hizo un acompañamiento, con la participación activa de los sujetos, en los itinerarios terapéuticos de los *Nasa* que buscan ayuda para restaurar la salud perdida. En un primer momento, acompañándolos en su contexto cultural lográndose una aproximación a su saber y prácticas curativas. Un saber caracterizado porque está impregnado en la etnicidad y diferenciado en su concepción y organización de los sistemas médicos como concepto de la cultura occidental. No obstante los múltiples obstáculos, este saber como universo socio-simbólico y experiencia organizadora colectiva ha jugado un papel trascendental en la lucha por la permanencia y continuidad de la cultura *Nasa*.

Después de establecer los alcances de sus conocimientos para restaurar la salud en términos de posibilidades y límites, se continuó, en un segundo momento, el seguimiento al itinerario terapéutico por fuera del contexto cultural *Nasa* en los ámbitos de la medicina facultativa, medicinas alternativas, otros saberes y prácticas curativas de otros contextos

socioculturales del suroeste colombiano, hasta develar la dinámica de articulación de las diferentes estrategias terapéuticas.

Se llegó a la afirmación que la eficacia simbólica no se encuentra tanto en los saberes en particular, porque ésta es relativa y depende de la experiencia personal y de la representación que cada persona tiene de la salud y de la enfermedad, y porque otros elementos pueden ser o no determinantes dependiendo de situaciones afectivas, económicas, sociales, y del grado de adscripción cultural en que se encuentre cada persona.

De tal manera que la heterogeneidad cultural se convierte en la riqueza que hace que lo importante no sea la eficacia simbólica de cada uno de los saberes y prácticas curativas, sino la apertura y la disponibilidad de la sociedad *Nasa* por posibilitar su múltiple aporte; allí radica su eficacia, no tanto en posibilitar el bienestar del individuo sino en el bienestar de la sociedad.

Palabras claves: *Nasa*, Itinerarios terapéuticos, saberes y prácticas curativas, heterogeneidad cultural, apertura y cierre de la sociedad, eficacia, eficacia simbólica, antropología y salud.

Résumé

Ce projet de recherche s'est développé avec des membres du peuple autochtone *Nasa* (Páez) du sud-ouest colombien. Il s'agit de la communauté autochtone la plus importante du pays qui a joué un rôle primordial au sein de l'organisation nationale indigène dans leurs luttes revendicatrices. Notre intérêt s'est porté sur les dynamiques d'interactions locales sans négliger le rapport entre les dynamiques globales et locales. Le travail s'est concentré dans deux établissements humains dont les populations sont en interaction permanente. Dans le premier cas, il s'agit d'un établissement traditionnel en haut des montagnes des Andes où toute l'histoire culturelle du groupe s'est développée. Le deuxième établissement se trouve dans les plaines de la vallée de la rivière Cauca où la population a dû se déplacer à cause d'un séisme touchant leurs terres traditionnelles. La population est arrivée à ce nouvel emplacement avec leurs signifiés culturels mais laissant derrière eux leurs référents signifiants. Ils ont donc éprouvé le besoin de signifier un nouvel espace pour assurer la continuité de leur tradition culturelle dans un contexte de voisinage où les rapports interculturels ont lieu plus rapidement.

Dans les deux établissements et avec la participation active des *Nasa*, nous avons réalisé un suivi des itinéraires thérapeutiques des *Nasa* qui cherchent le rétablissement de la santé perdue. D'abord, le suivi s'est réalisé dans leur contexte culturel. Il a été ainsi possible de s'approcher de leur savoir et de leurs pratiques curatives. Un savoir qui se distingue, car il est imprégné dans leur ethnicité et parce qu'il s'écarte de la conception et de l'organisation du concept des systèmes médicaux occidentaux. Malgré tous les obstacles, ce même savoir, en tant qu'univers socio-symbolique et expérience collective organisatrice, a joué un rôle primordial dans la lutte pour la permanence et la continuité de la culture *Nasa*.

Après l'analyse de la portée de ces connaissances pour la restauration de la santé en termes de possibilités et de limites, nous continuons, dans un deuxième temps, avec l'itinéraire

thérapeutique à l'extérieur du contexte culturel *Nasa*. On a fait le suivi des itinéraires thérapeutiques dans les sphères de la médecine facultative et des médecines alternatives ainsi dans les savoirs et pratiques curatives propres aux autres contextes socioculturels du sud-ouest colombien. L'objectif de cette démarche est de dévoiler la dynamique d'articulation des différentes stratégies thérapeutiques.

Ces recherches nous permettent d'affirmer que l'efficacité symbolique ne se trouve pas spécifiquement dans les savoirs en particulier. Cette efficacité est relative et elle est déterminée par la représentation que chaque individu a de la santé et de la maladie. De la même manière, d'autres éléments pourraient s'avérer décisifs selon la situation affective, économique et sociale, et selon le degré d'identification culturelle de chaque individu.

L'hétérogénéité culturelle devient donc la richesse qui rend plus importantes l'ouverture et la disponibilité de la société *Nasa* que l'efficacité symbolique des savoirs et pratiques curatives. Ce sont l'ouverture et la disponibilité de la société *Nasa* qui rendent efficaces ces savoirs et pratiques par leurs apports multiples. Car, au lieu de chercher le bien-être des individus, elles envisagent le bien-être du groupe social.

Mots-clés : *Nasa*, itinéraires thérapeutiques, savoirs et pratiques curatives, hétérogénéité culturelle, ouverture et fermeté de la société, efficacité, efficacité symbolique, anthropologie, santé.

Abstract

This research project was carried out with members of the *Nasa* (Páez) people of southwestern Colombia. As the largest indigenous community in the country, the *Nasa* have become a key player of the national indigenous organization in the struggle for reivindication. Our study concentrated specifically in two human settlements whose populations are in permanent interaction. The dynamics of local interaction are examined without disregarding the local/global factor. The first settlement is located high in the Andean mountains where they have always lived and developed their cultural history. The second one is located in the flat lands of the Cauca river valley as a result of a relocation process following an earthquake in their traditional lands. The community arrived to this place with a cultural signified but leaving behind their referential signifiers. They experienced a need to signify a new space in order to preserve their cultural tradition in a neighborhood context where intercultural relationships are more frequent.

With the active participation of the subjects, in both settlements we carried out a follow-up of the therapeutic itineraries of the *Nasa* people in search for assistance to recover their lost health. Initially, the follow up was done in their cultural context. This allowed for a better understanding of their knowledge and healing practices. Such knowledge is impregnated in their ethnicity and is different to the concept of medical systems in western society in its conception and organization. In spite of multiple obstacles, *Nasa* knowledge, as a socio-symbolic universe and as a collective organizing experience, has played a key roll in the fight for permanency and continuity of the *Nasa* culture.

After studying the capacity of the *Nasa* knowledge to restore health in terms of possibilities and limitations. We followed up their therapeutic itinerary outside their cultural context in the spheres of facultative medicine, alternative medicines and other kinds of knowledge and

healing practices of various socio-cultural contexts of southwestern Colombia. Our objective was to unveil the articulating dynamics of the different therapeutic strategies.

This research allows us to state that symbolic effectiveness does not lie particularly in *Nasa* medical knowledge. Effectiveness is relative and depends on personal experience and on individual representations of health and sickness. It is also relative because other elements could be determined by the affective, economic and social situations of every person as well as by their degree of cultural ascription.

Thus, diversity of cultural heterogeneity is the richness explaining why the symbolic effectiveness of knowledge and healing practices are not the most important factors in the well-being of the individual. The effectiveness of knowledge and healing practices lies in the openness and availability of the *Nasa* society. Instead of focusing exclusively on the well-being of the individual, their multiple contributions bring about the well-being of the society.

Keywords : *Nasa*, therapeutic itineraries, knowledge and healing practices, cultural heterogeneity, social openness, social and closeness, effectiveness, symbolic effectiveness, anthropology, health.

Tabla de contenido.

Resumen en español.....	iii
Resumen en Francés.....	v
Resumen en Inglés.....	vii
Agradecimientos.....	xvii
Signos empleados para la transcripción de términos de la lengua <i>nasa yuwe</i>	xix
Abreviaturas.....	xx
Introducción.....	1
 CAPITULO 1.....	 7
Contexto histórico	7
1.1. Perspectiva histórico epidemiológica del Cauca Indígena.....	7
1.2. Determinantes sociales.....	17
1.3. Una historia de encuentros, desencuentros y convivencia de saberes y prácticas curativas al margen de las políticas sanitarias.....	24
1.4. Los itinerarios terapéuticos y las preguntas que plantean.....	28
 CAPITULO 2.....	 31
Aproximación teórico metodológica.....	31
2.1. Una lectura de la perspectiva antropológica de la salud en las sociedades contemporáneas doblemente postmodernas e insubordinadas.....	31
2.2. El marco conceptual de referencia.....	49
2.3. Metodología de la presente investigación.....	59
2.3.1. Campos de información.....	62
2.3.1.1. Los agentes de salud.....	63
2.3.1.2. Los hombres y mujeres <i>nasa</i>	63
2.3.1.3. Las relaciones agentes de salud-personas enfermas.....	64
2.3.1.4. Las percepciones de las personas de las Instituciones de Salud.....	65
2.3.2. Tres niveles de aproximación y análisis	67
2.3.2.1. Primer nivel.....	67
2.3.2.2. Segundo nivel.....	76
2.3.2.3. Tercer nivel.....	78
 CAPITULO 3.....	 82
Las comunidades Nasa (Páez)	82
3.1. En el contexto regional de lo étnico y la modernidad.....	82
3.2. Etnografía de los <i>nasa</i> de Tóez Tierradentro y Tóez Caloto.....	86
3.2.1. Contexto etno-geográfico.....	86
3.2.2. Permanencia y transformación cultural.....	103
3.2.2.1. Dinámica socio-demográfica.....	103
3.2.2.2. Familia.....	106

3.2.2.3. Vivienda.....	108
3.2.2.4. Educación y cultura.....	115
3.2.2.5. Lengua.....	117
3.2.2.6. Aspectos económicos.....	118
3.2.2.7. La minga.....	123
3.2.2.8. Convivencia y conflictividad cotidiana.....	125
3.2.3. Autonomía y dependencia.....	127
3.2.3.1. Persistencia cultural.....	127
3.2.3.2. Propias formas de gobierno y autoridad.....	130
3.2.4. Dialectica entre la fuerza étnica interior y el mundo de afuera.....	133
CAPITULO 4.....	138
El cuerpo humano como modelo organizador del mundo <i>nasa</i>.....	138
4.1. Cuerpo humano-cultura-pensamiento.....	139
4.1.1. Cuerpo humano continuidad de la naturaleza.....	143
4.1.2. El cuerpo humano como instrumento de conocimiento.....	145
4.1.3. La izquierda y la derecha o la sacralización del espacio.....	148
4.1.4. Cuerpo-sistema político.....	150
4.1.5. Cuerpo-territorio.....	150
4.2. Las categorías frío-fresco-caliente.....	151
4.3. Las concepciones sobre el cuerpo.....	154
4.3.1. "el hielo".....	154
4.3.2. "Frio-hielo" en los estados delicados de la mujer.....	155
4.3.3. p ^h ta ⁿ d _z ~ "el sucio".....	155
4.3.4. t ^h ame ~ "la vergüenza".....	156
4.4. La interpretación de las enfermedades.....	157
4.4.1. Las señas y el cuerpo humano.....	160
CAPITULO 5.....	166
Saberes y enfermedades.....	166
5.1. Los saberes.....	166
5.1.1. El Saber de todos.....	166
5.1.2. El saber de los especialistas.....	167
5.2. Percepción <i>nasa</i> de las enfermedades más frecuentes.....	176
5.2.1. Las enfermedades "propias".....	177
5.2.2. Las enfermedades "venideras".....	190
5.2.3. Las enfermedades "apropiadas".....	192
5.2.4. Estados delicados en la mujer.....	195
5.3. Curaciones de enfermedades -terapéuticas culturales-.....	203
5.3.1. "Voltear la seña" o ritual de "limpieza".....	205
5.3.2. El ritual de "refrescamiento".....	210
5.3.3. El ritual de "ofrecimiento".....	211

CAPITULO 6	212
Los sistemas médicos de uso alternativo	212
6.1 Coexistencia de sistemas terapéuticos diferentes a los <i>nasa</i>	212
6.1.1. Sistema médico académico.....	218
6.1.2. Programa médico mixto : Medicina académica, medicinas alternativas.....	231
6.1.3. Sistema médico popular.....	240
6.1.3.1. Curanderos.....	242
6.1.3.2. Dolencias atendidas por la red de curanderos.....	251
6.1.3.3. Tratamientos y formulas.....	252
CAPITULO 7	257
Itinerarios terapéuticos	257
7.1. Orden de secuencia en el itinerario según saberes y prácticas curativas.....	258
7.1.1. Itinerarios al interior del saber <i>nasa</i>	259
7.1.2. Itinerarios hacia otros saberes y prácticas.....	266
7.1.2.1. Itinerarios hacia la medicina académica y programa mixto con medicinas alternativas.....	267
7.1.2.2. A otros saberes y prácticas.....	271
7.2. Estrategias de articulación de terapéuticas.....	283
7.2.1. Combinación de prácticas terapéuticas al interior del saber <i>nasa</i>	284
7.2.2. Combinación por remisión de especialistas del saber <i>nasa</i> al sistema académico.....	285
7.2.3. Combinación de agentes y terapéuticas.....	286
7.2.4. Combinación de prácticas terapéuticas con predominio del saber <i>nasa</i> y del sistema médico popular.....	287
7.2.5. Enfermedades de la clasificación <i>nasa</i> que caen en la orbita de los médicos académicos.....	287
7.2.6. Combinación de tratamientos a partir de la resignificación de la enfermedad en el saber de todos.....	288
7.2.7. Resignificación de la enfermedad orgánica en un campo no orgánico.....	289
7.2.8. Técnica de adivinación del dominio simbólico en el manejo de la enfermedad.....	289
7.3. Percepción de los <i>nasa</i> sobre la eficacia de los saberes y las prácticas curativas.....	290
CAPITULO 8	295
De una eficacia simbólica a una eficaz abertura sociocultural	295
8.1. Cosmovisión y salud.....	295
8.2. Las lógicas de los rituales.....	302
8.3. Persistencia de la cosmovisión.....	306
8.4. Abertura social.....	309
CONCLUSIONES	315

GLOSARIO.....	321
BIBLIOGRAFIA.....	336
ANEXOS.....	xxi
No. 1 Encuesta.....	xxi
No. 2 Muestra de dibujos de la estrategia metodológica.....	xxiv
No. 3 Participación de los indígenas del Departamento del Cauca en cada una de las sub-regiones.....	xxvii
No. 4 Una muestra de léxico <i>nasa</i> yuwe cuerpo humano-naturaleza.....	xlvi
No. 5 Recursos medicinales <i>nasa</i>	lv
No. 6 Otras formas de aplicación de las plantas medicinales por parte de los Curanderos de Santander de Quilichao.....	lxiii
No. 7 Plantas medicinales según enfermedad, recomendadas a los <i>Nasa</i> por los curanderos.....	lxvi

Lista de tablas

Tabla No. 1	Enfermedades infecciosas importadas del viejo mundo.....	8
Tabla No. 2	Enfermedades conocidas en América.....	11
Tabla No. 3	Enfermedades más frecuentes entre las comunidades indígenas según clasificación médico occidental.....	18
Tabla No. 4	Temperatura y altitud por zonas en Tóez Tierradentro.....	89
Tabla No. 5	Distribución demográfica de Tóez Tierradentro y Caloto por grupo de edad y sexo.....	104
Tabla No. 6	Materiales de construcción de las viviendas.....	109
Tabla No. 7	Número de casas, número de habitaciones por vivienda, y número de personas por vivienda y promedio por habitación, Tóez Caloto.....	111
Tabla No. 8	Combustible usado en las cocinas de las viviendas.....	112
Tabla No. 9	Servicios sanitarios en la vivienda.....	113
Tabla No. 10	Uso de los desperdicios producidos en las labores culinarias.....	113
Tabla No. 11	Numero de personas que cursaron o cursan algún grado de primaria, secundaria o universidad.....	115
Tabla No. 12	Uso de la tierra, área en hectáreas y porcentaje.....	122
Tabla No. 13	Especie y numero de animales y promedio por familia y persona.....	123
Tabla No. 14	Vigencia de la minga en el Resguardo de Tóez.....	124
Tabla No. 15	Actividades o situaciones que se acompañan de rituales, según los <i>Nasa</i> de Tóez Tierradentro y Tóez Caloto.....	204
Tabla No. 16	Razones por las cuales los <i>nasa</i> de Tóez buscan a los curanderos.....	242
Tabla No. 17	Razones de los <i>nasa</i> para ir a los curanderos según dolencias.....	251
Tabla No. 18	Enfermedades "propias" del saber <i>nasa</i> y orden de secuencia en el itinerario.....	260
Tabla No. 19	Itinerarios en relacion con las enfermedades "propias"	265
Tabla No. 20	Enfermedades "apropiadas" por el saber <i>nasa</i> , y orden y secuencia en el Itinerario.....	266
Tabla No. 21	Motivo de consulta a la red institucional de salud Tóez Caloto (enero de 2004 - julio de 2005).....	269
Tabla No. 22	Motivo de consulta a la red institucional de salud Tóez Tierradentro (agosto de 2004- julio de 2005).....	269
Tabla No. 23	Razones de los <i>nasa</i> para buscar atención en los curanderos.....	273
Tabla No. 24	Enfermedades, según denominación de los <i>nasa</i> , donde los remedios del hospital no aprovecharon, y orden de posterior secuencia en el itinerario.....	273
Tabla No. 25	Enfermedades, según la denominación de los <i>nasa</i> , que el <i>t^hē² wala</i> no cura, y orden posterior de secuencia en el itinerario.....	274
Tabla No. 26	Síntomas según la denominación de los <i>nasa</i> , por los cuales se resisten ir al hospital, y orden de posterior secuencia en el itinerario....	275
Tabla No. 27	Enfermedades de por "acá" según la denominación de los <i>nasa</i> y	

	orden de posterior secuencia en el itinerario.....	278
Tabla No. 28	Enfermedades, según la denominación de los <i>nasa</i> , que por no encontrar turno en el hospital, continuaron un itinerario.....	279
Tabla No. 29	Enfermedades, según la denominación de los <i>nasa</i> , que por recomendaciones de los mestizos, acudieron a los curanderos.....	279
Tabla No. 30	Enfermedades, según la denominación de los <i>nasa</i> , que también pueden curar los curanderos, o que no son graves.....	280
Tabla No. 31	Parámetros de calidad de la atención de los saberes y practicas curativas.....	290
Tabla No. 32	Distribución de pisos térmicos por regiones y relación con los 2000 m.s.n.m.....	xxviii
Tabla No. 33	Población de cada grupo étnico en el Cauca por regiones.....	xxx
Tabla No. 34	Participación demográfica y territorial de los indígenas del Cauca.....	xxxvii

Lista de gráficos

Gráfico No. 1	La red de los sujetos activos.....	61
Gráfico No. 2	Contexto de los comportamientos y procesos de salud.....	77
Gráfico No. 3	Cuerpo humano construcción cultural.....	141
Gráfico No. 4	Refrescamiento de los excesos.....	153
Gráfico No. 5	Esquema de rituales de limpieza y el universo <i>nasa</i>	210
Gráfico No. 6	Itinerarios terapéuticos.....	284

Lista de figuras

Figura No. 1	Distribución de las señas	161
Figura No. 2	Recorrido de los pulsos	162

Lista de Mapas

Mapa No. 1	Localización de los <i>Nasa</i> en el sur-oeste Colombiano, Departamento del Cauca.....	9
Mapa No. 2	Tóez en el del mapa de pisos térmicos.....	91

*A Lucía mi amor, a mis hijos Jorge Eduardo,
Sandra Carolina y Cristina Andrea. Me
hacen feliz y hacen posible que yo sea.*

A mis padres Camilo y Luz Dary

*A mis segundos padres Bernardo
y Carmen Lucía*

Agradecimientos.

A los *Nasa* en general, pero especialmente a los *Nasa* de Tóez en Tierradentro y Tóez en Caloto que me han acogido durante los años que han antecedido esta investigación; ellos son los autores intelectuales y he intentado actuar como escribano fiel a sus voces.

Al Departamento de Antropología de la Universidad de Montréal por acogerme y permitirme una formación para contextualizar y aplicar crítica y creativamente las construcciones conceptuales contemporáneas para una comprensión amplia, reflexiva e informada de la situación social, cultural y política.

A mi gran maestro el profesor Gilles Bibeau quien me apoyó y me animó con su sabiduría y permanente reflexión. Desde el momento que conocí sus publicaciones siempre lo seguí hasta encontrarme con él en una experiencia personal y académica muy constructiva.

Al profesor Duncan Pedersen y a su visión holística sobre la problemática de la salud y la enfermedad, muy importante para mí. Agradezco su permanente disposición a colaborar.

A la señora Francine Yelle mi interlocutora con el Departamento de Antropología de la Universidad de Montréal.

A los colegas del Departamento de antropología de la Universidad del Cauca, con su apoyo hicieron realidad mis estudios de doctorado en la Universidad de Montréal.

A Elizabeth Tabares consejera y gran animadora para que emprendiera este camino, y a su amable familia en Montréal.

Al profesor Tulio Rojas que con su experiencia me brindó los mejores consejos y me apoyó permanentemente; además, con su firma refrendó ese apoyo y confianza en mí.

A Franz Xaver Faust interlocutor permanente. Me dedicó muchos momentos para el análisis y la discusión, acompañados en familia y a través de jornadas telefónicas muy constructivas.

A los profesores Robert Crépeau y Jorge Pantaleón por su gran disposición a colaborar.

A mis compañeros del Doctorado en la Universidad de Montréal.

A mi segunda familia en Montréal: Gustavo Caro y María Elena Muñoz.

A Fernando Alvarez, Enriqueta e hijos, Sergio Castrillón y Paula, Alvaro Echeverry y Angela, familias muy deferentes conmigo.

A María Teresa Pérez mi primera anfitriona en Montréal, a Basem Abed, José Raúl Ordoñez y Luz Marina Bedoya.

A mis compañeros del grupo de investigaciones ANTROPOS de la Universidad del Cauca.

Signos empleados para la transcripción de términos de la lengua *nasa yuwe*

Se acogieron las convenciones del Alfabeto Fonético Internacional (revisión 1989) y se hicieron unas modificaciones por razones de comodidad tipográfica así:

1. Consonantes: La consonante fricativa, palatoalveolar, sorda por: / s_y /, y la consonante Africada, palatal, sorda por / t_{sy} /
2. Diacríticos: (:) alargamiento / i:, a: /, (^h) aspiración / k^h, t_s^h /, ([?]) glotalización / e[?], i[?] /, (¨) nasalización / ä, ü, ë /, (_y) palatalización / k_y, t_y /.
3. Fonemas Consonánticos: Oclusivas básicas p/t/t_s / k /p_y / t_y / t_{sy} / k_y /, oclusivas aspiradas / p^h / t^h / t_s^h / k^h /p_y^h / t_y^h /t_{sy}^h /k_y^h /, oclusivas nasalizadas / ^mb/ ⁿd / ⁿd_z/ ⁿg / ^mb_y / ⁿd_y / ⁿd_{zy}(*)/, nasales: /m/ n/ n_y/, fricativas: /s / h/ϕ_y/β_y / s_y / h_y /, laterales: /l/ l_y /, aproximantes: / w/y /
4. Fonemas Vocálicos: i,e,a,u,i:,e:,a:,u:,i[?],e[?],a[?],u[?],i^h,e^h,a^h,u^h,i[?],e[?],a[?],u[?],i^h,e^h,a^h,u^h,i[?],e[?],a[?],u[?],i^h,e^h,a^h,u^h.
5. Símbolos: (// ---//, traducción yuxtalineal.),(-, separación de morfemas -en traducción yuxtalineal-), (~ , =, traducción al castellano).

(*)La africada, dorsal,sorda /t_s/, la africada, dorsal, sorda, palatalizada /t_{sy}/, la africada, dorsal, sonora /ⁿd_z/ y la africada, dorsal, sonora , palatalizada /ⁿd_{zy}/ se incluyen en las consonantes oclusivas porque sus formas de realización tienen el mismo comportamiento que las oclusivas básicas. Una de ellas es la aspiración al final de palabra. En la fonética *nasa yuwe* de la población de Tóez se evidencia el segmento oclusivo que hace parte de las africadas en mención.

Abreviaturas

- A.C.S. Agentes comunitarios de salud.
- A.I.C. Asociación indígena de cabildos.
- A.R.S. Administradora del Régimen Subsidiado.
- A.R.S-I. Administradora del Régimen Subsidiado Indígena.
- A.S.C.I.N. Asociación de Cabildos del Norte del Cauca.
- C.R.I.C. Consejo Regional Indígena del Cauca.
- E.D.A. Enfermedad diarreica aguda.
- E.P.S. Empresa Promotora de Servicios de Salud.
- E.P.S-I. Empresa Promotora de Servicios de Salud Indígena
- E.T.S. Enfermedades de transmisión sexual.
- E.S.E. Empresa Social del Estado.
- I.G.A.C. Instituto Geográfico Agustín Codazzi.
- INGEOMINAS. Instituto Colombiano de Geología y Minería.
- I.P.S. Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- I.R.A. Infección respiratoria aguda.
- NASA KIWE. Corporación para la Reconstrucción de la Cuenca Hidrográfica del Río Páez.
- O.M.S. Organización Mundial de la Salud.
- O.N.U. Organización de las Naciones Unidas.
- O.P.S. Organización Panamericana de la Salud.
- P.O.S.s. Plan Obligatorio de Salud Subsidiado.
- SISBEN. Sistema de Selección de Beneficiarios.
- T.B.C. Tuberculosis.
- T.L.C. Tratado de Libre Comercio.

Introducción

Lo aquí expresado acopia muchas voces y muchas experiencias con los *Nasa* en su mundo, ellos son autores y actores protagónicos, recoge una experiencia personal y académica de permanente aproximación a otros saberes y prácticas asociadas con los procesos de salud y enfermedad en un camino lleno de obstáculos de conocimiento, algunos superados, otros tal vez no. Una experiencia que ha pretendido compartir una antropología que participa de la construcción regulada y vigilada de las diferencias y de las semejanzas culturales, característica que le ha permitido configurar un campo de saber que revierte sobre su estatuto disciplinario los efectos discursivos de su espectro de interpretaciones posibles, poniendo en crisis su verdad y su pretendido carácter científico.

Trabajar entre las comunidades *Nasa* en el Departamento del Cauca en el Sur-oeste Colombiano como un contexto específico y circunstancial donde se encuentran prácticas culturales globales y locales en contextos de subordinación, ha pretendido resaltar la conciencia de una condición de subordinación tensionada por la nueva geopolítica colonial que es del ámbito mundial.

En esta perspectiva el trabajo ha sido consecuente con la experiencia social en contextos de exclusión, conflicto entre sociedades, y problemas sociales derivados del enfrentamiento entre las hegemonías y las subalternidades culturales. La sociedad y la cultura contemporáneas comprenden numerosos aspectos y niveles de gran complejidad y heterogeneidad, que requieren de un conocimiento crítico -y es mi motivación- ante la posibilidad de transformar la realidad hacia una sociedad más justa y creativa que involucre a la ciudadanía en las políticas requeridas.

El pluralismo cultural demanda la generación de prácticas sociales que mejoren los procesos y canales de relación y entendimiento intercultural para la convivencia entre las sociedades y la solución pacífica de los conflictos que surgen y son propios de los enfrentamientos entre las diferencias culturales.

El presente trabajo, en dicha perspectiva -a partir de su práctica investigativa- permitió ejercitar elementos de una pedagogía institucional y ciudadana basadas en la relación dialógica hacia la comprensión de los problemas interculturales, factores que podrían ser decisivos en la modificación de aquellas prácticas o representaciones sociales que política e ideológicamente son proclives a la solución violenta de los conflictos o a la negación del derecho a la diversidad cultural.

Las formas pacíficas y horizontales de relación intercultural aparecen como una de las aspiraciones de mayor trascendencia en la vida de las sociedades multiculturales contemporáneas.

Los antecedentes del presente trabajo han sido caracterizados por espacios de reflexión hacia la producción de un discurso sobre las semejanzas y las diferencias culturales y sus efectos de inclusión y exclusión, con el cuidado de no hacer una concesión total al mandato multicultural y a la retórica postmoderna de la diversidad y del nacionalismo pluricultural; es tan sólo un tramo de un gran recorrido por realizar todavía, sin embargo es ya un espacio que dispone de sugerencias para promover un análisis en el ámbito local que permita entender las condiciones del encuentro y conflicto intercultural y los impactos sociales de la modernidad.

Empieza su desarrollo a través de un primer capítulo que intenta evidenciar un contexto histórico que de manera resumida escudriña la epidemiología indígena a través de los conflictos generados por la colonización y por los hechos de mayor incidencia en la historia de consolidación de Colombia como República, se reseñan guerras y enfermedades, incluidas las actuales.

Hace parte de este primer capítulo una referencia a las dinámicas culturales con experiencias de encuentros, desencuentros, convivencias de saberes y prácticas médicas, que hoy perduran y se hacen visibles mediante el itinerario que recorren las personas por los diferentes saberes y prácticas para alcanzar la salud perdida. Sin embargo estos saberes hoy siguen al margen de las políticas sanitarias, no obstante su persistencia y eficacia socialmente comprobadas. Se termina con los interrogantes que plantea la dinámica de los itinerarios terapéuticos y que contribuyeron al desarrollo de la presente investigación.

El segundo capítulo de aproximación metodológica comienza acogiendo algunos aspectos generales de la influencia de la antropología médica en América Latina, pero se centra en la problemática del encuentro y conflicto de saberes, encuentro que históricamente ha generado procesos de exclusión en cuya base ha estado la construcción del mundo, el nuestro, que paulatinamente incorpora y modela a los demás gracias a sus capacidades de dominación política, eficiencia de sus aparatos cognitivos y modelos culturales.

Aproxima una reflexión sobre la práctica y sobre la función de la representación de la antropología; tendencia reflexiva y crítica que induce a pensar la disciplina como una producción social y compromete a explorar las relaciones de poder inscritas en los procesos de producción, circulación y consumo del conocimiento antropológico; en otras palabras, propone una reflexión contextual de la disciplina hacia el entendimiento y eventualidad de enfrentar los efectos de poder derivados de su concepción positiva tradicional.

Con la conciencia que la antropología no es un instrumento sino un lugar de construcción de la realidad, el marco referencial se alimenta de posturas teóricas que encuentran su coherencia en un orden interpretativo al interior de lo que se podría denominar una propuesta postcolonial de encuentro de voces históricas¹, y con el aporte de la

¹ Utilizo el término “voces históricas” para referirme a otras versiones, otros conocimientos, a través de la voz de los actores sociales.

aproximación semántico - pragmática. Se cierra informando sobre la metodología de la presente investigación.

El tercer capítulo ubica a las comunidades *Nasa* en el contexto regional de lo étnico y la modernidad en el Departamento del Cauca en el sur-oeste colombiano, para luego entrar en las especificidades y particulares de los *Nasa* sujetos del estudio en sus regiones de Tierradentro y Caloto. Una etnografía que incluye un contexto etnogeográfico clave para comprender la cosmovisión *Nasa*, y tres ejes de comparación sustentados en la permanencia y transformación cultural, autonomía-dependencia, y dialéctica entre la fuerza étnica interior y el mundo de afuera.

El cuarto capítulo da cuenta de la concepción que sobre el cuerpo humano tienen los *Nasa*. Cómo las manifestaciones de desequilibrio, enfermedad y malestar revelados por una persona que es realidad corporal y experiencia socio-cultural, los exterioriza desde su percepción y representación de lo que es su cuerpo humano, el cual se comparte -como concepción- en su contexto sociocultural como modelo organizador del mundo.

El capítulo quinto sobre saberes y enfermedades informa que el saber asociado al proceso de salud y enfermedad entre los *Nasa* se encuentra distribuido socialmente en correspondencia con las diferentes clasificaciones de enfermedades; es decir, que hay un conocimiento que se operacionaliza en la práctica a través de los diferentes miembros en la sociedad y por ello se distribuye. Se abordan los saberes y los "sabedores", así como las enfermedades en las diferentes clasificaciones que definen los *Nasa*.

El cuarto y quinto capítulos giran alrededor del sistema de signos sentidos y acciones que implica las representaciones sobre el ser indígena y su cuerpo humano, sus percepciones de enfermar, sus clasificaciones, sus saberes y sus prácticas de control y prevención inscritos en un sistema global de pensamiento como la gran “experiencia organizadora colectiva”.

Experiencia que regula, garantiza el bienestar y la etnicidad de la sociedad, que se expresa en los diferentes momentos de la cotidianidad, como una "ética cultural" que rige la conducta individual, social y de relación entre los individuos y de estos con su entorno, producto del ejercicio de aprehensión y significación que se hace de él, para entenderlo, explicarlo y proyectarlo en sus formas de relación intercultural, donde se incluyen las expectativas frente a lo nuevo y lo desconocido.

Especialmente en el capítulo quinto se hacen contrastaciones entre las representaciones del saber y prácticas curativas *nasa* y las del sistema médico facultativo, que permiten poner en contexto las situaciones que contribuirán a una aproximación lo más cerca posible de sus razones para iniciar sus itinerarios en busca de la cura de sus enfermedades en otros saberes por fuera del propio.

Como alternativos al saber *nasa*, los saberes y prácticas curativas constituidos por las medicinas facultativa y alternativa, y el curanderismo de otras tradiciones y formaciones culturales del sur-oeste colombiano conforman el contenido del sexto capítulo. Luego se llega a la dinámica de los itinerarios terapéuticos en el capítulo séptimo, donde se develan los ordenes y secuencias según prácticas curativas primero al interior del saber *nasa*, y después hacia otros saberes y prácticas; se establece la diversidad de estrategias de articulación de terapéuticas, y se culmina con la percepción que los *Nasa* tienen frente a la eficacia de los saberes y las prácticas curativas.

En el capítulo octavo a través de la cosmovision y salud se pretende de manera resumida estructurar el contenido del saber y prácticas curativas *nasa*, para luego buscar una aproximación a las lógicas de los rituales curativos que ofician más como terapéuticas culturales donde el cuerpo humano y el territorio se constituyen en el eje fundamental de la normatividad que como una ética rige las relaciones entre los individuos y de estos con el medio ambiente en términos de equilibrio y bienestar. Luego se evidencia que no obstante los constreñimientos territoriales y las condiciones de indigencia y pobreza, se siguen manteniendo las representaciones culturales y la cosmovision como una filosofía étnica por la cual se lucha, que de tener correspondencia real con un territorio disponible o requerido no existiría el nivel de pobreza y los niveles de vida que poseen.

En esta lucha, la abertura social a los aportes de la heterogeneridad cultural es de gran trascendencia ante los limites y posibilidades de los saberes propios; se termina planteando que la eficacia simbólica no se encuentra tanto en la eficacia de los saberes, en este caso los médicos, sino en la abertura de la sociedad *nasa* para favorecerse de los aportes de la diversidad de ellos, de la misma manera que a lo largo de su historia ha logrado incorporar y redefinir elementos de otros contextos culturales en su dinámica por la sobrevivencia y permanencia sociocultural.

Esto nos plantea a futuro una perspectiva de trabajo importante, el asunto no es como combinar, articular, o adecuar saberes frente a otras realidades socioculturales, el punto de partida es como posibilitar los encuentros entre los diversos saberes de los grupos socioculturales para construir de una manera participativa, sin perder de vista que el constreñimiento territorial, la injusticia e inequidad social, la ausencia de reconocimiento social, las inadecuadas condiciones medioambientales, son determinantes que deben ser transformados en el proceso de construcción de los proyectos de vida con salud para las comunidades. Situación que refrenda la lucha permanente de estas comunidades por su sobrevivencia.

CAPITULO 1

Contexto histórico

Se intenta evidenciar de manera resumida el contexto histórico que escudriña por una parte la epidemiología indígena a través de los conflictos generados por la colonización y por los hechos de mayor incidencia en la historia de consolidación de Colombia como Republica, se reseñan guerras y enfermedades, incluidas las actuales. Por otra parte se hace alusión a las dinámicas culturales con experiencias de encuentros, desencuentros, convivencias de saberes y prácticas médicas, que hoy perduran y se hacen visibles mediante el itinerario que recorren las personas por los diferentes saberes y prácticas para alcanzar la salud perdida. Se finaliza con los interrogantes que genera la dinámica de los itinerarios terapéuticos y que contribuyeron al desarrollo de la presente investigación.

1.1 Perspectiva histórico epidemiológica del Cauca Indígena.

La región Sur-oeste de Colombia donde se localiza el Departamento del Cauca (Ver mapa No.1) comenzó su historia sanitaria moderna en el momento en que su aislamiento milenar² - de los grandes focos del desarrollo de las enfermedades infecciosas - se rompió a partir de la llegada de españoles y africanos al territorio. Con la irrupción de la conquista española la epidemiología prehispánica sufrió un brusco cambio desde principios del siglo XVI.

Según Pedersen (1999:165) citando a Crosby (1986) plantea que:

² Pedersen (1999) citando a Armelagos (1990) plantea que la primera gran transición epidemiológica prehispánica "[...]ocurrió hace aproximadamente 10.000 años, con el advenimiento y desarrollo de la producción agrícola primaria cuando las poblaciones nativas cambiaron su modo de supervivencia, de cazadores-recolectores a horticultores, con la subsecuente domesticación de plantas y animales"(pag.165)

"La segunda gran transición epidemiológica que experimentaron las naciones indígenas de América, resultó ser una verdadera catástrofe epidemiológica, ocurrió cuando las poblaciones nativas, al entrar en contacto con los europeos y en virtud del proceso de colonización, se encontraron expuestas, por vez primera, a los gérmenes del viejo mundo"

Tabla No 1. Enfermedades infecciosas importadas del viejo mundo

AGENTES	VIRUS	Sarampión Rubeola Viruela Parotiditis Gripe Dengue
	BACTERIAS	Brucela Abortus Gonococo Bordetella Pertusis Micobacteria Bovis Yersinia Pestis Micobacteria Lepae
	PARASITOS	Plasmodios Falciparum (Vivax y Malarie) Esquistosoma Mansoni Wucherelia Bancrofti Onchocerca volvulus
VECTORES	MOSQUITO	Aedes Aegypt
	PULGA	Xenophylla Cheopis

Fuente: Sotomayor, 1992

El desplome demográfico de las sociedades nativas fue la primera consecuencia del hambre, las varias enfermedades infecciosas y la agresión armada y cultural que trajeron y generaron los europeos. A esta epidemiología, vinculada a la guerra de conquista, le siguió la propia del avasallamiento, de las reubicaciones de pueblos, y transformaciones ideológicas que sufrieron los miembros de los grupos étnicos originales, durante todo el periodo colonial.

El hambre pasó de epidemia en los primeros años de la conquista a ser endémica, allí se encuentra la génesis de la clasificación de la desnutrición como un mal venidero por los

Nasa. De la misma manera, comenzaron a aparecer, además de las enfermedades de transmisión respiratoria, las enfermedades parasitarias y de transmisión hídrica que hoy se mantienen.

A lo largo de la Colonia se fue consolidando el proceso de avasallamiento a la población originaria y su perfil epidemiológico se hizo más crítico con el consecuente derrumbe demográfico. También se inició y afianzó la esclavitud de los africanos, que al llegar a América trajeron consigo varias enfermedades, la mayor parte de ellas relacionadas con parásitos y otros gérmenes de ese continente.

Mapa No.1 Localización de los *Nasa* en el sur-oeste colombiano Departamento del Cauca



Fuente: Adaptación del IGAC.

Nasa. De la misma manera comenzaron a aparecer, además de las enfermedades de transmisión respiratoria, las enfermedades parasitarias y de transmisión hídrica que hoy se mantienen.

A lo largo de la Colonia se fue consolidando el proceso de avasallamiento a la población originaria y su perfil epidemiológico se hizo más crítico con el consecuente derrumbe demográfico. También se inició y afianzó la esclavitud de los africanos, que al llegar a América trajeron consigo varias enfermedades, la mayor parte de ellas relacionadas con parásitos y otros gérmenes de ese continente.

Mapa No.1 Localización de los *Nasa* en el sur-oeste colombiano Departamento del Cauca



Fuente: Adaptación del IGAC.

Los riesgos de diseminación de las enfermedades que portaban se incrementaron con el asentamiento forzado de los esclavos en las haciendas y en las zonas mineras del Pacífico y de los valles interiores del Cauca, el Patía y el Magdalena comprometiendo al resto de la población conformada por blancos españolizados, mestizos e indios, debido a las condiciones de hacinamiento y trabajo en que vivían. A la epidemiología de los indios avasallados, se sumó la epidemiología de los negros esclavizados durante la colonia³.

El aislamiento secular de los pueblos aborígenes americanos frente al Viejo Mundo, la baja densidad demográfica de éstos y la escasez de animales domésticos fueron -según los especialistas- algunos de los factores que incidieron favorablemente en las condiciones de salud de la población amerindia hasta que se produjo el contacto y el contagio con las nuevas enfermedades introducidas por los europeos y los africanos.

De hecho, algunas enfermedades "como el sarampión, la viruela, la rubeola y las paperas, requieren la existencia de una población extensa para poder mantenerse permanentemente" (Cockburn citado por Crawford, 1992: 79) Además de la baja densidad demográfica de los pueblos amerindios, debe destacarse también la estructura dispersa de sus asentamientos: así se evitaba la pérdida de la capacidad de sustentación del medio, lo mismo que las grandes concentraciones de población donde pudieran prosperar las enfermedades de transmisión por vía respiratoria, hídrica o por consumo de alimentos contaminados.

³ Tras la abolición de la esclavitud comenzó el desplazamiento de muchos de los antiguos esclavos a las regiones de mayor riqueza aurífera, de los diferentes ríos del Pacífico y otras regiones del suroccidente del país, caracterizadas por su aislamiento geográfico y de difícil comunicación, convirtiéndose estos territorios en importantes reductos de las enfermedades que llegaron con ellos. Este proceso de ocupación territorial a lo largo de los ríos, generó el desplazamiento de las comunidades indígenas allí establecidas previamente y la intensa cacería de las especies abundantes en la zona.

De igual manera, se ha advertido cómo las zoonosis, o infecciones de animales, transmitidas a los humanos a través de garrapatas, diversos ácaros, mosquitos y otros artrópodos mordedores, fueron poco frecuentes (Cockburn citado por Crawford, 1992: 80).

No obstante, en el curso de milenarios procesos adaptativos de las poblaciones amerindias a los más variados y complejos ecosistemas y paisajes del continente, surgieron algunas enfermedades (ver cuadro No.2 Enfermedades Conocidas en América). Paleopatólogos, arqueólogos, antropólogos físicos, médicos, genetistas y otros especialistas, recurren a las más elaboradas hipótesis, métodos y técnicas -pruebas de ADN, análisis de coprolitos, etc.-, para desentrañar las huellas dejadas por aquellos males que agobiaron la existencia de nuestros ancestros.

Tabla No. 2 Enfermedades conocidas en América.

AGENTES	ENFERMEDADES
Virus	Algunos arbovirus
Bacterias	Micobacteria Tuberculosa Treponema Pallidum Carateum Pertenuue
Parásitos	Tripanosoma Cruzi Leishmania Donovaní y otras Ectoparásitos: Tunga Penetrans Sarcoptes scabiei Miasis

Fuente: Sotomayor, 1992:71

La sífilis y la tuberculosis dejan señales en el tejido óseo y ésto ha hecho posible su identificación. Otras enfermedades debieron existir durante la época prehispánica, pero la rápida pérdida de los tejidos blandos impide la constatación. No obstante, las investigaciones acerca de la organización social, de las formas de vida, de los hábitos alimentarios, las tecnologías, las magnitudes demográficas y de los sistemas de creencias, constituyen hoy algunos de los caminos en la búsqueda del conocimiento de las enfermedades padecidas por las sociedades aborígenes del Nuevo Continente.

Además de la sífilis, el carate, la leishmaniasis americana, la tripanosomiasis americana -mal de Chagas- y la tuberculosis, existen evidencias de enfermedades heredables, lo mismo que otras originadas por accidentes -fracturas, heridas, picaduras, mordeduras, etc.- y, excepcionalmente, por deficiencias nutricionales. La enfermedad y con frecuencia la muerte fueron también ocasionadas deliberadamente por el suministro de venenos, por la acción de dardos y flechas envenenadas y por la práctica ritual del infanticidio (Sotomayor, 1991:214).

La historia de la destrucción de las sociedades aborígenes de la antigua Gobernación de Popayán, es también la historia del contacto con los europeos y africanos y sus descendientes y, por supuesto, la del contagio de las enfermedades introducidas por éstos, desde que se iniciaran allí las expediciones de conquista y los procesos de colonización a partir del siglo XVI. No hay duda que las enfermedades respiratorias -la presentación epidémica de éstas-, fueron una de las causas iniciales de extinción de las sociedades nativas.

Además del impacto causado entre estas sociedades por enfermedades como la gripe y la viruela, que generaron grandes catástrofes demográficas regionales, las enfermedades y las epidemias fueron esencialmente consecuencia de la pérdida de los territorios étnicos al ritmo del surgimiento y consolidación de propiedades agrarias -dehesas, potreros y haciendas-, de fundación de nuevas poblaciones -terrenos urbanos y ejidales-, en detrimento de los territorios indígenas.

En otras palabras, la nueva geografía económica y las nuevas estructuras de poder, que se fueron instaurando en los territorios recién conquistados, surgieron fundamentalmente sobre aquellos espacios cultos y cultivados desde tiempos prehispánicos. Así, desde temprano, en el siglo XVI, cuando establecimientos como Popayán, Pasto, Almaguer,

Mocoa -antigua Ágreda-, Caloto, Cali, entre otros, habían sido ya fundados, las relaciones impuestas por la encomienda, por la mita agraria y minera, produjeron drásticas transformaciones socioespaciales, generando un profundo impacto sobre los sistemas adaptativos y los patrones socioculturales de las diferentes étnias que poco a poco caerían bajo el dominio colonial.

Germán Colmenares observa, a propósito de la catástrofe demográfica indígena del siglo XVI, la estrecha correlación existente entre el crecimiento del ganado vacuno y el decrecimiento de la población aborigen (Colmenares, 1993:70) Se trata esencialmente de la pérdida de los espacios vitales, de la destrucción de las territorialidades étnicas, y del derrumbe no sólo económico sino, también, físico-biológico y espiritual -de los sistemas de creencias-, de las sociedades aborígenes del sur-oeste colombiano, dentro de un contexto de supuesta superioridad de los blancos conquistadores-colonizadores, que legitimaría desde entonces las relaciones de dominación colonial⁴

A este dramático derrumbe, tanto físico como espiritual, se refiere el historiador Jaime Arroyo cuando narra el maltrato ejercido contra los indios por los invasores, señalando explícitamente las consecuencias iniciales de la conquista en el valle de Pubénza: el hambre y las enfermedades que surgieron dentro del nuevo contexto de las relaciones de dominación.

“Entre tanto (1538-1539), Popayán era teatro de una de las mayores calamidades que le hizo sufrir la conquista. Los horribles estragos del hambre y de epidemias, que son su consecuencia, despoblaban a toda prisa los campos y los pueblos de indígenas. Estos procuraban alimentarse con yerbas; comían hasta las más inmundas sabandijas; en su furor canino, se cazaban entre si para comerse unos a otros; algunos, dicen los cronistas, se hacían enterrar vivos persuadidos por sus creencias, de que después de esta

⁴ Véase al respecto la obra de JUAN FRIEDE: Vida y Luchas de Don Juan Del Valle, Primer Obispo de Popayán y Protector de Indios. Editorial Universidad, Popayán 1961.

especie de muerte irían a gozar en una región deliciosa, y tribus enteras pasando las montañas, emigraban al Caquetá y Putumayo". (Arroyo, 1907: 144-145)

Así la población del valle de Pubénza calculada en cien mil almas, quedó reducida a menos de diez mil.

"Esta tierra, dice Andagoya, en obra de treinta leguas, que es lo que se despobló, era la más poblada y fértil, abundosa de maíz, de frutos y de patos y cuando yo llegué estaba tan despoblada, que no se halló en toda ella un pato para poder criar, y donde había sobre cien mil casas, no hallé diez mil hombres por visitación". (Arroyo, 1907: 144-145)

La causa de tal calamidad dice el mismo Andagoya:

"[...] Los tantos malos tratamientos que se les hicieron a los indios sino les guardaron verdad, ni paz que con ellos se asentase. Y como en Popayán los cristianos no sembrasen en todo el tiempo que allí estuvieron, teniendo los indios sus maíces para coger, los cristianos se los cogían y tomaban y echaban los puercos y caballos en ellos, y así determinaron los indios no sembrar, y como allí tarda en venir el maíz ocho meses, hubo tanta hambre que muchos, en gran cantidad se comieron unos a otros y otros murieron de ella". (Arroyo, 1907: 144-145)

Se creyó entonces que, desesperados los indígenas por la inutilidad de sus esfuerzos de tres años para sacudir el yugo extranjero, resolvieron con bárbaro heroísmo, no sembrar para que murieran de hambre los españoles y morir ellos también antes que vivir en la opresión.

"Si esto fue así, los resultados no correspondieron a su objeto. Inútiles fueron respecto de los pobres naturales las muchas providencias que el Teniente Gobernador García Tovar dictó para contener las mutuas matanzas y los estragos de la epidemia, pues carecía de medios para hacerlas efectivas[...]" (Arroyo, 1907: 144-145).

El mismo Arroyo se refiere a dos destructoras calamidades padecidas por los pueblos de La Provincia de Popayán: la destrucción causada por el sismo que sacudió la región por el año de 1566 y la aparición, por primera vez, de la viruela en la Nueva Granada y sus efectos en la jurisdicción de Popayán:

"Los pocos edificios que empezaban entonces a construirse de tapia y teja, vinieron a tierra tanto[...] Al propio tiempo, la terrible epidemia de viruela se extendió por toda la Nueva Granada, diezmando la población y atacando especialmente la raza indígena. Pueblos hubo que quedaron completamente desolados. La viruela no se conocía antes del descubrimiento en la América y en el Nuevo Reino, como en Popayán, fue ésta la primera aparición del terrible flagelo" (Arroyo, 1907: 275).

Pocos años después, en 1588, la reaparición de una nueva epidemia de viruela, que causó muerte y gran desolación en la Provincia de Tunja, se extendió a Popayán, muriendo muchos indígenas, "[...]de modo que disminuía como se hallaba ya la raza, quedó desde entonces más reducida" (Arroyo, 1907: 299) El Padre Aguado, refiriéndose a dicha epidemia de viruela expresó que:

"[...] a los que daba se hinchaban y paraban adamascados y se henchían de gusanos y queresas que se les metían por las narices y por la boca y por otras partes del cuerpo; y era tanta la mortandad que de este mal había, que porque los españoles y otras personas se animasen a curar de la enfermedad que tenían los indios, mandó la Audiencia por edicto público, que fuesen obligados a servir los indios que escapasen vivos, ciertos años, a los españoles que los hubiesen curado y curasen, con que se remediaron muchos enfermos".

Según el mismo Aguado, la enfermedad era "muy contagiosa y pegajosa" y no causó tanto daño entre los españoles como sí entre los indios (Aguado citado por Soriano, 1966:46). Los efectos de la viruela se prolongaron hasta el año de 1600, extendiéndose más allá de las fronteras de la Nueva Granada con sus desastrosas consecuencias.

Transcurrido el siglo XVI, que se caracterizó por los devastadores efectos de las enfermedades y epidemias que asolaron en especial a la población aborígen, Popayán y su jurisdicción fueron escenario de nuevas epidemias en el siglo XVII, como la ocurrida en 1646, de la que no se supo su identificación.

El flagelo de las viruelas continuó a lo largo del siglo XVIII en la Nueva Granada, presentándose en Santafé una nueva epidemia en 1782, y gracias a la atención observada por las autoridades virreinales -que contaron con el consejo de José Celestino Mutis- fue posible reducir el impacto de esta enfermedad, de su contagio y expresión epidémica⁵.

No hay una investigación histórica que de cuenta de la epidemiología de las poblaciones indígenas durante el período que duró la “Hacienda de terraje”, época en que el indígena desplazado de sus tierras debía pagar en días de trabajo en la Hacienda -sus tierras expropiadas- “[...]el derecho a tener allí casa y sembrado de pancoger; complementando en general con la obligación de trabajar los demás días contra salario rebajado de peón [...]”. (Rojas, Findji, 1985:115) Éste período que empezó más o menos a finales de la década del 90 del siglo XIX, y se prolongó hasta el año de 1978 cuando se liberaron los últimos terrajeros, pudo haber coincidido con una tercera transición epidemiológica si tomamos la trayectoria que propone el profesor Pedersen, para continuar con la tercera que él propone, que en el caso del Cauca sería la cuarta de la cual hablaré enseguida.

⁵ Según la historiadora Estela Restrepo, el Virrey ordenó publicar y difundir, por entonces, el “Méthodo general para curar las viruelas”, el que hizo “circular por la capital y las provincias anticipadamente a la generalización del mal: este método se había usado con buenos resultados en México en 1779, y posteriormente en Cartagena, ciudad desde donde fue remitido a la capital, no sin antes ser: “[...] adaptado y aumentado conforme a los conocimientos prácticos que [se] tenía del Reino [y sus prescripciones] acomodadas a toda clase de gentes y a los diversos temperamentos”, por Don José Celestino Mutis” (Restrepo, 1997:98).

1.2 Determinantes sociales.

Saltando a un tiempo más próximo al presente, nos encontramos con una realidad visualizada a través de un análisis sobre la estructura de morbilidad de todas las comunidades indígenas del Cauca (realizado en el año 2003 por la Dirección Departamental de Salud del Cauca), que además evidencia un perfil epidemiológico diferenciado entre la sub-región Occidente (Costa pacífica) y las subregiones Oriente, Tierradentro y Norte⁶.

Las diez primeras enfermedades responsables de la mayor patología entre las comunidades indígenas según dicho análisis fueron: enfermedad diarreica aguda, infección respiratoria aguda, desnutrición y enfermedades carenciales, tuberculosis, enfermedades de la piel, enfermedades inmuno prevenibles, cáncer, homicidios, suicidios y traumas, accidentes de trabajo y poliparasitismo intestinal.

La parte andina -Subregion Oriente, Tierradentro y Norte- presenta un cuadro epidemiológico similar al anterior, siendo la principal situación problema la enfermedad diarreica aguda -poliparasitismo-, seguida de infección respiratoria aguda, la desnutrición, la tuberculosis, enfermedades de la piel, enfermedades inmunoprevenibles, accidentes de trabajo, homicidios, suicidios, traumas y complicaciones del embarazo.

La subregion Oriental y Tierradentro, con algunas diferencias en las subregiones Sur y Centro, con comunidades en climas muy fríos, presentan altas tasas de infección respiratoria aguda.

⁶ En el Anexo No.3 "Participación de los indígenas del Departamento del Cauca en cada una de las sub-regiones", se subdivide el Cauca en 9 subregiones.

Como situación especial, las comunidades de la subregión Sur vienen manifestando aumento de casos de cáncer principalmente en adultos, hombres y mujeres, en comunidades en contacto con explotaciones mineras o agroindustriales en donde sus diagnósticos son tardíos y su manejo conflictivo.

Tabla No.3 Enfermedades más frecuentes entre las comunidades indígenas según clasificación médico occidental.

ENFERMEDADES	ALGUNOS COMENTARIOS
Enfermedad diarreica aguda.	Se alternan como primeras causas de morbilidad en todas las comunidades del Departamento del Cauca. En algunos casos podrían coincidir algunos síntomas o manifestaciones orgánicas, pero no la etiología, por ejemplo: en los casos de diarrea, mientras para la medicina facultativa pudo haber sido producida por bacterias, virus o infecciones, para la cultura indígena puede ser por trueno, duende, sereno, frío o calor, y es sobre la correlación de síntoma (como expresión del mal) y la etiología (como concepción), donde se comprende el tipo de enfermedad y se resuelven los pasos a seguir en cuanto al tratamiento, manteniéndose las relaciones diferenciales.
Poliparasitismo intestinal.	
Infección respiratoria aguda.	Se encontró que bronquitis y neumonías se presentan en niños y mujeres que cocinan con fogón de leña, principalmente en las áreas de páramo.
Desnutrición y enfermedades carenciales.	La malnutrición ocurre, fundamentalmente, en mujeres embarazadas, niños y ancianos de todas las zonas y comunidades con carácter endémico.
Tuberculosis.	Con problemas de altos niveles de resistencia sociocultural al tratamiento, falta de continuidad y recaídas, se asocia a la desnutrición y sobre-esfuerzo físico, ocurriendo, principalmente, en hombres en edad productiva y mujeres que cocinan con fogón de leña.
Enfermedades de la piel.	Presentes en toda la población indígena de la zona Andina. Mientras que para el médico del hospital, determinados síntomas y signos corresponden a una enfermedad que hace parte de las patologías de la piel, para los hombres sabios esos síntomas y signos (que semiológicamente son diferentes) corresponden a una enfermedad de las clasificadas como arco; más aún, existe la certeza cultural que esas patologías no son de la competencia de la medicina blanca.
Enfermedades inmuno-prevenibles.	Las enfermedades inmuno-prevenibles, consideradas como "venideras", ocurren sobre todo en niños, especialmente en zonas donde las instituciones de salud no han logrado hacer programas de prevención adecuados.
Accidentes de trabajo.	Asociados con las actividades agrícolas, de procesamiento de fique y café. (manejo de maquinaria)

Continúa...

ENFERMEDADES	ALGUNOS COMENTARIOS
Homicidios.	El alcoholismo es frecuente en adultos hombres, tanto en la comunidad como fuera de ella, en fiestas y rituales. Los homicidios, suicidios y traumas ocurren en adultos hombres en temporada de fiestas y días de mercado.
Suicidios y traumas.	Las enfermedades mentales se presentan, especialmente, en el centro y oriente del Cauca y están relacionadas con conflictos culturales, llevando en algunos casos al suicidio.
Complicaciones del embarazo.	Principalmente en mujeres jóvenes y multi-gestantes, se presenta por desnutrición, enfermedades carenciales y sobrecarga de trabajo. Enfermedades propias de la mujer, con tendencia al aumento, en todas las zonas y comunidades.

Fuente : Dirección Departamental de Salud del Cauca. 2003.

En la subregión Occidente el perfil epidemiológico es más complejo, con situaciones problema como paludismo (en todas las edades y ocasionalmente por desplazamientos en la zona sur, es de carácter endémico), leishmaniasis (principalmente en la subregión Occidente y subregión Sur), meningitis, cólera (en todas las edades, principalmente en la subregión Occidente), la tuberculosis, relacionadas con la desnutrición, el olvido, la negligencia y la falta de voluntad política tanto de los gobiernos locales, como el regional y nacional.

La enfermedad ácido péptica, especialmente en adultos, en comunidades donde han llegado agroquímicos, explotación minera, cultivos ilícitos y cambios en patrones y costumbres alimentarias. El alcoholismo, especialmente en adultos hombres, tanto en la comunidad como fuera de ella, en fiestas y rituales.

La enfermedad mental, especialmente en las subregiones Centro y Oriente, relacionadas con los conflictos culturales, llevando en algunos casos al suicidio: hasta ahora no hay una valoración de la relación enfermedad mental-cultura en las comunidades indígenas del Cauca.

Desde principios del siglo XIX las comunidades indígenas así como las negras, los campesinos y los habitantes de las ciudades del Cauca, han tenido que sufrir los efectos de las diferentes guerras: hambre, saqueos, crímenes y enfermedades, así como también las consecuencias provenientes de la corrupción administrativa, que en los últimos cincuenta años ha dominado a todo el país. El conjunto de la sociedad caucana, al igual que el resto del país, ha sufrido en los últimos veinte años los rigores del narcotráfico.

El Sur-Occidente colombiano entre historias de guerras y enfermedades.

Gracias al diario de viaje de Miguel de Santiesteban, sabemos que, en 1741, el valle del Patía era temido por los viajeros de la época:

"[...]este valle de Patía, cuyo ardiente temperamento y alguna otra cualidad de él lo hace muy enfermizo de tercianas y de una especie de lepra que llaman carate que se explica regularmente por las manos y por los pies con algunas manchas blancas o robicundas que al principio no parecían morbosas y con el tiempo declina en flema salada y pasa a una cierta especie de lepra hinchando las piernas y los pies" (Sotomayor, 1997:36).

También se conoce que en 1811, una fuerza patriota de 3.000 hombres, al mando de Antonio Baraya y del doctor Caicedo, después de salir hacia Barbacoas para enfrentar a los españoles comandados por Tacón, debió regresar a Popayán, rápidamente, por haber sufrido bajas importantes por la acción de las fiebres palúdicas adquiridas en toda esa región del Pacífico. En la Campaña del Sur, que salió de Santafé de Bogotá el 21 de septiembre de 1813, la tropa comandada por el general Nariño, al pasar por el Valle del Patía tuvo muchos enfermos por cuenta de la malaria:

"Entramos al Valle del Patía donde multitud de soldados y oficiales fueron atacados de fríos y calentura, y tenían que marchar con mil penalidades o

quedarse abandonados mientras se organizaba un hospital en lugar conveniente"(Espinosa, 1942: 27)

Cuando los patriotas se volcaron hacia los focos de resistencia realista del sur de país, tras la creación de la Gran Colombia, al adentrarse en la región del Patía para enfrentar a un grupo de guerrilleros dirigidos por, en ese entonces el realista, José María Obando, sufrieron bajas por el paludismo. En marzo de 1822, las huestes de Bolívar organizaron lejos del Patía, en los sitios de Taminango y el Peñol, hospitales de campaña para atender a los heridos y los enfermos.

La Guerra de Independencia se desarrolló con la crueldad de la famosa "Guerra a Muerte", como dejó claro el abanderado José María Espinosa al describir la marcha a Popayán, después del fracaso de Nariño en Pasto:

"Pero en esta vez las dificultades de la movilización eran mayores por la imposibilidad de llevar a los pobres enfermos, no habiendo bestias ni otro vehículo, y además eso retardaría la marcha, que debiera ser precipitada. Por otra parte, dejarlos abandonados era exponerlos a una muerte segura, no solamente por la falta de cuidado y asistencia en que quedaban sino también por la crueldad implacable de los enemigos, que a nadie perdonaba" (Espinosa, 1942: 76)

La fama de la ferocidad de los negros patianos fue una constante a lo largo de todo el siglo XIX como dejó constancia el general Posada Gutiérrez, en la guerra de los Supremos, al relatar su retirada hacia Ibagué desde Cartago el 2 de abril de 1841:

"[...]nunca me olvidaré de aquel momento cruel, y ahora mismo mis ojos se humedecen al recordarlo, en que acompañado de dicho religioso, pasé al hospital a despedirme de aquellos infelices y a consolarlos. A todos tendí mis brazos y sobre mi pecho se reclinaron y derramaron lágrimas muchos rostros desfigurados por la fiebre, la disentería y la viruela[...] Los degüellos

de los hospitales de retaguardia en Pasto, la matanza de García y la ferocidad de los negros de Obando, tenían a los enfermos en un estado de consternación inexplicable[...]" (Posada, 1971:181). Ese temor hizo que los bogotanos, en 1861 ante la llegada de Mosquera con sus negros patianos expresaran: "Ojalá salga a la Sabana, que no le ha de quedar un solo negro: con el frío se van a emparamar"(Angel Cuervo, *Cómo se evapora un ejército*. 1984, Editorial Incunables. Bogotá, pag. 75 citado por Sotomayor, 1997: 236).

Las múltiples guerras civiles, que padeció el país en el siglo XIX, actuaron como terribles epidemias de hambre y temor en las poblaciones por donde pasaban las fuerzas enfrentadas. Las guerras con sus secuelas de hambre, viudas y huérfanos, fueron causa nada despreciable para que enfermedades como la tuberculosis siguieran dejando su estela de muerte.

En las guerras civiles del siglo XIX, muchas familias campesinas y poblaciones indígenas, cuando no vieron arrasadas sus fincas y casas, las tuvieron que abandonar para salvar sus vidas o impedir el reclutamiento forzoso de sus hijos. Posada Gutiérrez sobre la guerra de 1841, contó sobre su paso por las montañas entre Huila y Cauca:

"Todos los pueblecitos de los indios estaban abandonados, las sementeras desiertas, reducido por consiguiente nuestro alimento diario a un pedazo de carne sin sal, la que nos faltaría al acabarse el poco ganado que llevábamos: afortunadamente los indios no tuvieron tiempo de recoger todo su ganado, y encontramos algunas vacas mansas con sus terneros gordos, que sin dificultad nos apropiamos. Yo dejé recibo en el suelo de las casuchas" (Posada, 1971:235).

El hambre y los asesinatos de los heridos, prisioneros y no combatientes, así como el saqueo de las fincas y el robo de ganado y caballerizas siguió en la Guerra de los Mil Días.

La guerra que hoy padece el país por cuenta de muchos intereses, ya no sólo deja heridos, muertos y enfermos del cuerpo y del "alma", como antes, sino que a nombre de su financiamiento, las fuerzas opuestas al gobierno han activado, de nuevo, el tráfico esclavista de los tiempos coloniales, al reducir al ser humano a la triste condición de mercancía, sobre la que hay que pagar un precio.

En el suroccidente del país, las fuerzas enemigas de los gobiernos de turno muchas veces han destruido centros de salud y atentado contra personal médico y paramédico. La guerra sin futuro y de baja intensidad de fuego, que se libra en el país, ha logrado convertir en simples actos criminales y de cobardía la acción de muchos guerrilleros y también de las fuerzas estatales.

El clima de guerra, el narcotráfico y la corrupción generalizada al interior de las esferas públicas y privadas han creado las condiciones para que todo tipo de violencia se apodere de los diferentes municipios del país, en general. La primera causa de muerte en el Departamento del Cauca a partir de los 15 años de edad son los homicidios (Ministerio de Salud, 1996:19-24) Este departamento tiene, según reciente investigación, con los departamentos de Norte de Santander, Santander, Valle, Tolima, Boyacá, Cundinamarca y Huila, unas tasas de homicidio cercanas a los muy altos porcentajes nacionales (Cubides, et Al, 1998:49-75).

El delito del secuestro, la reducción de una persona a la condición de mercancía, lo cual se comienza a convertir en un serio problema nacional, a partir del final de primer cuatrenio de los años ochenta, afecta al Departamento del Cauca en forma significativa. En él sus autores principales han sido las fuerzas guerrilleras de las Farc, el Eln, el Paramilitarismo y la delincuencia común.

Las guerras civiles del siglo XIX, la "Violencia" de los años cincuenta del siglo XX, y la lucha armada conducida por las guerrillas en el caso hipotético de haber conseguido por su acción algunas transformaciones sociales, no dieron pie a que éstas se pudieran haber conseguido con unos costos marcadamente menores. Las guerras intestinas del pasado y del presente, sólo han agravado los problemas que sus actores y directores querían solucionar: pobreza, utilización y destrucción de los individuos y las comunidades más débiles, muerte y enfermedades.

La pobreza, madre de todas las enfermedades, de las diferentes poblaciones del gran Cauca, se ha nutrido, perversamente a lo largo de más de quinientos años, de la destrucción de las comunidades indígenas, de la esclavitud, del abandono de las comunidades negras y de la guerra crónica.

Si bien es cierto que es necesario seguir pensando un verdadero sistema de salud que integre los aportes de la diversidad cultural, con una red de atención médica con mayor cobertura, y una mejora en los servicios públicos; las patologías que tienen más índices de morbilidad y mortalidad no podrán ser realmente superadas si los diversos agentes de violencia incluido el Estado no reconocen que ellos sólo han agravado más la pobreza y son sus gestores más importantes.

1.3. Una historia de encuentros, desencuentros y convivencia de saberes y prácticas curativas al margen de las políticas sanitarias.

La historia de los saberes y las prácticas médicas en Colombia ha sido una historia de encuentros conflictivos, pero también de colaboración e hibridización que generaron nuevas estrategias terapéuticas hoy conocidas como curanderismo o prácticas médicas curativas. La ciencia y la medicina llamada académica también se ha alimentado del

encuentro con muchos saberes, incluidos los aportes del mundo oriental; de tal manera que parafraseando a Diasio (1999) podríamos decir que la ciencia es impura.

Virginia Gutiérrez de Pineda (1985) en su estudio sobre la medicina tradicional en Colombia informa que durante el período de dominio y colonización hispánica se dio un complejo proceso de integración de “sistemas” médicos. A la llegada de los europeos con su complejo cultural incluida la medicina, se encontraron con un medio americano (con afechos ambientales y humanos hacia la salud) que desconocían y que debían afrontar, y para los cuales los nativos americanos ya disponían complicados métodos de curar; de tal manera que para sobrevivir tuvieron que acudir a este recurso médico nativo.

En la farmacopea hispánica llegó a dominar la composición nativa, y las terapias mostraban un doble origen: peninsular en sus principios y nativo en los medicamentos; plantea la autora que aunque el negro esclavo llegó culturalmente desintegrado, posiblemente también traía un substrato mágico y algún sistema médico -que no pudo proyectar-, pero su mentalidad mágica le facilitó captar y asimilar la medicina española e india. Los curanderos mestizos aprendieron parte del ceremonial indio, tomaron su farmacopea vegetal y la vistieron con el saber hispánico, y a su vez el médico Español utilizó las yerbas del suelo americano ante la escasez de sus medicinas, y el negro debió sobrevivir en sus “palenques” con sus descubrimientos, o en manos de la sabiduría del indio.

De acuerdo con la autora, la medicina occidental llegó con las “cabezas médicas hispánicas y europeas”, y a finales de la Colonia se multiplicó en las escuelas médicas, y con ello marcando el comienzo de la medicina académica de tipo moderno racionalista.

Desde la llegada a tierras americanas la medicina occidental encontró en los saberes y prácticas de salud nativas una alternativa generalizada para todas las capas y grupos étnicos de la población.

Ya en el siglo XX la medicina occidental apoyada en una estructura tecnológica e institucional, se constituyó en el sistema médico cultural hegemónico en la sociedad colombiana, en estrecha vinculación y en consonancia con los procesos de urbanización y modernización del país.

No obstante el avance de su progreso y su proyecto modernizador, no pudo extirpar las modalidades de saberes y prácticas médicas en sus diferentes variantes producto del proceso histórico de más de 500 años; y además de convivir con esas modalidades, le ha tocado ver como en diferentes regiones del País se expanden y evolucionan hacia nuevos saberes de curación que surgen bajo nuevas influencias urbanas cosmopolitas -orientales, afro americanas, europeas, etc.- en un proceso dinámico de mestizaje.

Con el proceso de globalización que ha significado también la “internacionalización” de culturas populares, la evolución y el surgimiento de otras formas de religiosidad popular y el manejo de la salud de tipo mágico-religioso, se han producido encuentros con el legado indígena-español y negro, combinándose lo tradicional y lo moderno -a su vez tradicional en otras sociedades- en una parafernalia de concepciones sobre la salud y la enfermedad, diagnósticos y terapias.

Es decir, la modernidad y postmodernidad cultural en el siglo XX generó un segundo gran proceso de hibridización entre la tradición y los saberes y prácticas curativas de predominio precolombino-hispánico y las corrientes contraculturales esotéricas y mágico-religiosas de occidente, oriente, y de sociedades americanas -por ejemplo, de tradición afro americana-. Hibridación en medio de la espiral social de la globalización de las últimas décadas, bajo el dominio cada vez más hegemónico del reino de las mercancías, de tal manera que la diversidad de saberes y prácticas curativas en el país es por excelencia hija de este largo proceso de más de medio siglo.

Sin embargo es bien sabido hoy en día que el fenómeno de recreación de la dimensión mágico religiosa y de las variadas prácticas populares de salud es generalizable a todas las sociedades contemporáneas, llámese desarrolladas o del tercer mundo; por lo demás, en la historia de Occidente siempre han estado presentes en forma subterránea *-underground-* y o subrepticia tales modalidades, a pesar de las continuas inquisiciones a nombre de la religión verdadera, la ciencia y el Estado.

Las clases y grupos sociales que dominan la sociedad mayor han permitido que determinadas instituciones -la iglesia, el estado, el gremio médico facultativo con sus diversas extensiones profesionales, los partidos políticos, etc.- persigan y mantengan en el ostracismo, respecto al mundo cotidiano de lo “normal” y lo “deseable”, las tradiciones más sobresalientes de las culturas populares en el campo de la salud, en sus diversas modalidades. En otras palabras, la sociedad mayor de tipo occidental ha sido poco democrática bajo los mismos supuestos políticos formales que la sustentan.

Los procesos de democratización en el campo de la cultura, y por que no decirlo en plural, el de las culturas y contraculturas, pasa por la aceptación -en términos de comportamientos y sistemas valorativos- de lo diferente en el tejido social, así como de cosmovisiones y de conocimiento -implicaría reconocer sistemas alternativos no-científicos, bajo otros supuestos de validez-, que a su vez presentan modelos diferentes sobre la enfermedad y la curación.

De esta manera se rescataría con un sentido crítico el relativismo cultural en los campos del conocimiento y de los problemas aplicados a las relaciones salud-enfermedad. Al fin y al cabo, si los sistemas culturales o valorativos se inscriben en unas relaciones de fuerza (dominación), la democracia pasaría por crear las condiciones para que las culturas subalternas puedan expresarse libremente.

1.4. Los itinerarios terapéuticos y las preguntas que plantean.

La utilización de varios saberes y prácticas médicas o su combinación tanto por las personas enfermas como por los diferentes agentes de salud, es un complejo resultado de adaptaciones o discontinuidades, que para los primeros permiten mantener o no elementos que definen las identidades culturales de las poblaciones, y para los segundos permiten la reconfiguración de componentes de eficacia simbólica, en medio de una dinámica de ajuste y desajuste, de incorporación de nuevos elementos que aporta la globalización con sus valores de progreso y cientificidad en distintos aspectos de la vida cotidiana, entre ellos la salud.

En realidad se trata de un proceso múltiple o plural, a veces con elementos fragmentados de representaciones, diagnósticos y terapéuticas de diferente procedencia cultural, pero que a la vez se van construyendo o integrando en nuevas prácticas culturales alrededor de la salud y la enfermedad. El discurso de los sabios y curanderos es permeado por el discurso de las medicinas facultativa y alternativa pero también de las medicinas caseras. De otro lado, en el campo de la salud institucional sus agentes se sienten impotentes frente al influjo de los otros saberes y prácticas de salud desde la población usuaria de los servicios médicos y se presenta un desbordamiento respecto a los límites del conocimiento rigurosamente positivo, en un juego de poder que los obliga a incorporar elementos de otros saberes en procura del reforzamiento de las eficacias simbólicas.

Ya ubicados en el ámbito de las personas, es posible prever que detrás de sus itinerarios en busca de solución a sus problemas de enfermedad se encuentran universos simbólicos en comunicación intercultural, resignificaciones permanentes que descodifican y recodifican los eventos orgánicos y no orgánicos de los cuerpos, sino también sus deseos, pasiones y trabajos.

El recorrido de los itinerarios terapéuticos de las personas está precedido de formas de clasificar las enfermedades y sus causas -al menos de parte de ellas-, en correspondencia con las diferentes concepciones sobre el cuerpo, la salud y la enfermedad que a su vez se cruzan y se hibridizan unas con otras. ¿Por qué se recurre primero a determinado agente de salud y luego a otro?, ¿O simultáneamente a dos campos de saber y prácticas curativas distintas?, ¿Que tienen que ver estas opciones con el contexto de comunicación intercultural permanente entre universos simbólicos diferenciados sobre el cuerpo, la salud y la enfermedad?

A las anteriores preguntas podríamos agregar: ¿cómo están contruidos estos saberes y prácticas curativas, que tipo de conocimientos constituyen y como podemos acercarnos a ellos para establecer relaciones fructíferas en el campo intercultural?, ¿Cuál es la eficacia en procesos de cambio o por fuera de los grupos que producen estos saberes?, ¿Cuáles son sus procesos de reproducción (las transformaciones, formas híbridas, aprendizajes, apertura de nuevas modalidades, etc)?, ¿Cómo participan los saberes y prácticas curativas en la dinámica de creación, fortalecimiento o debilitamiento de identidades en el contexto colombiano?, ¿Cómo enfrentan el surgimiento de nuevas enfermedades en el contexto de nuevas relaciones sociales?, ¿Cómo están ingresando estos saberes en el mercado, que tipo de poblaciones los utilizan, las estrategias de relación con los procesos de globalización y los procesos de desarrollo?

Siguiendo los itinerarios terapéuticos de las personas, la presente investigación pretende conocer y sistematizar, (desde el punto de vista de los miembros de las comunidades *nasa* y de los agentes de salud de los diferentes saberes y prácticas médicas, que circulan o permanecen en sus territorios), las diversas concepciones que sobre el cuerpo humano, la salud y la enfermedad han generado hoy (en relación con los elementos que los contextos socioculturales económicos, políticos y medio ambientales en el nivel micro y macro le han proporcionado); así como los procedimientos y recursos empleados para resolver sus

problemas de salud y enfermedad en diálogo con otros saberes médicos -incluida la medicina facultativa-, y establecer donde reside la eficacia simbólica de los itinerarios.

CAPITULO 2

Aproximación teórico metodológica

Se acogen aspectos generales de la influencia de la antropología médica en América Latina con énfasis en la problemática del encuentro y conflicto de saberes que históricamente ha generado procesos de exclusión en cuya base ha estado la construcción del mundo. Aproxima una reflexión sobre la práctica y función de la representación de la antropología; tendencia reflexiva y crítica que induce a pensar la disciplina como una producción social y compromete a explorar las relaciones de poder inscritas en los procesos de producción, circulación y consumo del conocimiento antropológico; en otras palabras, propone una reflexión contextual de la disciplina hacia el entendimiento y eventualidad de enfrentar los efectos de poder derivados de su concepción positiva tradicional.

Con la convicción de una antropología no instrumento pero si lugar de construcción de realidad, el marco referencial se alimenta de posturas teóricas que encuentran su coherencia en un orden interpretativo al interior de lo que se podría denominar una propuesta postcolonial de encuentro de voces históricas, y con el aporte de la aproximación semántico - pragmática. Se termina informando sobre la metodología de la presente investigación.

2.1. Una lectura de la perspectiva antropológica de la salud en las sociedades contemporáneas doblemente postmodernas e insubordinadas.

Varios antropólogos⁷ concuerdan en términos generales en sus apreciaciones en relación con los desarrollos, las escuelas y las tendencias dominantes de la "Antropología Médica" que incidieron en América Latina.

⁷ (Valero, 2003), (Loboguerrero, Xochitl H. 1998), Menéndez, Eduardo, "Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina" en Nueva Antropología, Vol. VII, NUM.28. México, Octubre de 1985. Ver De Miguel, Jesús M "Introducción al campo de la Antropología Médica" en: Kenny, Michael y De Miguel, Jesús M "La Antropología Médica en España". Barcelona. Anagrama, 1980. Pág.:11-40.

La magia y la brujería tuvieron un gran interés etnográfico que se evidenció a partir de 1924 (Rivers, 1924) y entre estos dos temas quedó incluida la "medicina primitiva"; es decir, la medicina, la religión y la magia se consideraron como un todo. Tendencia posiblemente influenciada por las ideas de Comte que dominaron el discurso etnológico de las ciencias sociales hasta las primeras décadas del siglo XX bajo el esquema evolucionista que él sugirió para explicar el conocimiento, la "ley de la evolución intelectual de la humanidad o ley de los tres estados" (Comte, 1995: 17-34).

El conocimiento habría pasado por tres estados sucesivos y jerárquicos: teológico, metafísico y positivo; el último, que tanto ayudó a racionalizar, estaría caracterizado por el predominio de la ciencia. No es gratuito que al estado positivo lo llamara también "real" (Comte, 1995: 27); los otros, por exclusión, serían estados "irreales." No es difícil extender el argumento para afirmar que sólo Occidente con su espíritu positivo tendría algún sentido de realidad.

Este discurso llamado por Feyerabend (1985: 87) la visión "ptoloméica de la etnología", colocó al "pensamiento primitivo" en una posición inferior y subordinada con respecto al que se consideró el pensamiento abstracto por antonomasia: la ciencia. El pensamiento primitivo fue considerado como una suerte de abstracción inicial mal desarrollada y fue situado al principio de una escala de la condición humana que empezaría con la abstracción elemental, la primitiva, y terminaría con la abstracción total, la científica.

Es claro, entonces, que el evidente hegemonismo evolucionista⁸ es el punto de partida de la

⁸ Es a Malinowski a quien le corresponde el honor de introducir una postura anticolonial en la diferenciación de los sistemas de conocimiento: en una obra celebre (Malinowski, 1985) sugirió que la magia, la ciencia y la religión coexisten en todas las culturas, irrespectivamente de su nivel de desarrollo, y que, por lo tanto, la ciencia no es patrimonio exclusivo de Occidente ni es posible establecer un esquema evolucionista de los sistemas de conocimiento. Idea más tarde desarrollada por Levi-Strauss. (1982), quien indica que el pensamiento primitivo no es ciencia subdesarrollada sino un sistema de conocimiento tan abstracto como la

antropología, no su resultado (Fabian, 1983:104), puesto que adoptar un punto de vista sobre las relaciones entre las sociedades -entre Nosotros y la alteridad- es también un acto político.

Entre las décadas del veinte y treinta se presentó un mayor interés por los temas de cultura y personalidad; en el año 1939 la Escuela de Chicago centró sus estudios en el análisis de problemas psiquiátricos incluyendo la variable urbanización, con énfasis en los aspectos sociales de los trastornos mentales y en particular la influencia del medio social y cultural en la distribución de la enfermedad mental.

A partir de 1942 se desarrollaron en el mundo una serie de estudios internacionales de salud pública apoyados por la Organización Mundial de la Salud -O.M.S-, con el propósito de exportar la tecnología y el conocimiento médico llamado “Occidental” a los pueblos “primitivos”⁹; pero el fracaso de estos programas llevó a que a finales de la década del cuarenta se procurara un reenfoque, dándose un mayor desarrollo a la “Antropología Médica”.

La “Antropología médica” en las postrimerías de la década de los setenta, parte de unos principios más respetuosos, y sobre todo de la aceptación de los sistemas cognitivos populares¹⁰, en consecuencia con la decisión de la Organización Mundial de la Salud que

ciencia y coexistente con ella; Levi-Strauss mostró el pensamiento primitivo y el pensamiento Occidental no como representando los extremos de un *continuum* sino como formas diferentes de acercarse al mismo objetivo: conocer.

⁹ Sobre la historia del progreso, del desarrollo, de la civilización, Occidente ha edificado la dominación de un sistema de producción histórico -Occidental- sobre los demás, de tal manera que el discurso temporal usado por Occidente para localizar el tiempo de los demás es un discurso distanciado que ha producido tiempos e historias marginados y colonizados por el tiempo y por la historia occidentales. Discurso que ha tipologizado la temporalidad y ha creado categorías como salvaje, primitivo, tribal, mítico, que no son el resultado de la antropología sino los preconceptos que la sustentaron (*sensu* Fabian, 1983). El discurso de Occidente ha contribuido de esta manera a la reproducción de un colonialismo ausente, sin necesidad de dominación física directa, pero más vasto, más terrible y más efectivo que los viejos regímenes coloniales.

¹⁰ Desde el siglo XIX el avance colonial de Occidente le delegó a la antropología, una disciplina entonces embrionaria, el papel de tratar con las diferencias culturales -la alteridad-. Aunque los usos coloniales de la

opta por cambiar su estrategia de rechazo frente a los modelos tradicionales de salud y a su abierta persecución -a veces-, por el diseño de una estrategia de la atención en la salud para la población mundial, con el ánimo de llegar al año 2000 con una adecuada cobertura de atención: la Atención Primaria en Salud -A.P.S.-

Viraje que coincidió con la inclusión de de la China a la O.N.U y la constatación realizada por la O.M.S. sobre los éxitos alcanzados por éste País en coberturas y logros en el campo de la salud en 20 años de implementación de un sistema heterodoxo de servicios¹¹; que además de vincular la biomedicina, incluía médicos descalzos, cirugías con anestesia acupuntural, botiquines de productos vegetales, jardines con plantas medicinales, lecturas históricas sobre salud, ejercicios corporales, y nutrición, entre otros (Losoya: 1991). Incidieron también, las luchas de grupos tribales africanos para liberarse de la colonización europea, con gran énfasis en la defensa de la autonomía y la etnicidad¹², girando en torno a la medicina tradicional.

Se creó el programa de Promoción y Desarrollo de las medicinas tradicionales (Losoya: 1991, O.M.S. 1978, 1989), donde se solicitó a los gobiernos adscritos que en sus programas nacionales tuvieran en cuenta las prácticas de salud diferentes a las biomedicas, con el propósito de ampliar las coberturas al mayor número de grupos diversos culturalmente y

antropología fueron claramente instrumentales, el hecho es que la disciplina se fue distanciando paulatinamente de su función como herramienta colonial y comenzó a construir su especificidad disciplinaria sobre el entendimiento y la preservación de la alteridad, abandonando gradualmente su actitud hegemónica para reconocer el pluralismo cultural. Buena parte de la praxis disciplinaria continuó siendo colonialista hasta hace unas tres décadas y en algunos casos lo es aún todavía. Sin embargo, la reflexión iniciada desde los años 70s sobre la relación antropología-colonialismo (Asad , 1973; Leclercq , 1973; Friedman, 2004) ha creado un nivel de conciencia en el que la emancipación no solo ha sido programática sino parcialmente realizada.

¹¹ Lo global es traducido (se vuelve híbrido), comentado, anexado a prácticas locales que le otorgan a los fenómenos culturales especificidades bien diferenciadas, una de las razones según Appadurai (1996) para que la globalización que vive el mundo contemporáneo no sea la historia de la homogenización cultural.

¹² Muy a su pesar, el sistema de producción de conocimiento de Occidente co-existe con otros y en estos se gesta el enfrentamiento al homogenismo, es enfrentado (resistido) de manera efectiva por movimientos contra-culturales que afirman la diferencia, y es la otra razón según Appadurai (1996) para una no-historia de homogenización. Las razones de la presente nota y la anterior dan como resultado resistencia e hibridación y que no obstante la globalización postmoderna persiste la heterogeneidad cultural.

evitar los conflictos interculturales. El desarrollo de esta política imprimió un avance en los estudios antropológicos sobre los procesos de salud y enfermedad y dejó en evidencia los conflictos entre los saberes médicos generados por la diversidad de historias y concepciones sobre el cuerpo humano, la salud y la enfermedad.

No obstante la intención de una aproximación a los otros saberes, se mantuvieron los espacios de exclusión contruidos a través de la tradición Occidental -sobre todo desde el siglo XIX- que le han permitido demarcar como singular, como necesaria y como inevitable la forma de conocer que ha ido construyendo, la ciencia¹³, y oponerla a otras formas de conocer. En el proceso de demarcación y construcción de fronteras se acrecentaron las actitudes hegemónicas y las relaciones de poder que han sostenido el discurso colonial, pasado y contemporáneo.

En esta perspectiva el cientificismo biológico incidió en la lectura excluyente¹⁴ que el personal de salud multidisciplinario hizo de la diversidad de saberes y prácticas curativas tradicionales, al empeñarse en la tarea asignada. Con sus análisis contribuyeron a una visión parcial porque abordaron sus estrategias curativas aisladas y fuera de contexto, se tuvieron en cuenta los aspectos biológicos del ser humano, minimizando el interés por la

¹³ El valor epistémico, moral, político y económico del aparato cognitivo de Occidente ha sido tradicionalmente medido por el éxito de la sociedad que lo ha engendrado, a través de un cuestionable argumento que legitima la hegemonía de Occidente: "[...] únicamente esta clase de sociedad puede mantener vivos a tantos habitantes como ha llegado a tener la humanidad en crecimiento y, por lo tanto, evitar una lucha realmente feroz por la supervivencia; ella sola puede mantenernos los niveles de vida a que nos hemos acostumbrado; dicha sociedad, en mayor medida que sus predecesoras, favorece probablemente una organización social liberal y tolerante" (Gellner, 1983: 195)

¹⁴ Se generó una práctica hegemónica y excluyente, actitud que ha sustentado el argumento político en contra del discurso científico. Este se ha deslegitimado por su asociación con prácticas políticas hegemónicas y totalitarias. Feyerabend ha mostrado como la función liberadora inicial de la ciencia, desde la Ilustración, dio pronto paso a su uso tiránico y dogmático: "En aquel tiempo (siglos XVII a XIX) la ciencia era un poder liberador, no porque hubiera encontrado la verdad o el método correcto (aunque sus defensores pensarán que éste era el motivo) sino porque ponía un límite al influjo de otras ideologías y con ello dejaba al individuo espacio para pensar [...] Nada en la ciencia ni en ninguna otra ideología hacen de ellas de por sí algo liberador. Las ideologías pueden degenerar y convertirse en religiones dogmáticas. Este proceso de

naturaleza psíquica, social, cultural y económica, en un sólo propósito de descubrir matices de cientificidad que permitieran incorporar las destrezas en un corpus teórico práctico de la medicina facultativa.

Como en una especie de búsqueda de lo verdadero, de lo asimilable a la verdad¹⁵, haciendo eco a los conceptos centrales de la ciencia: verdad y control, que han sido duramente cuestionados desde una perspectiva ético-política porque han sido impuestos en el marco de un proyecto hegemónico y globalizador y porque atentan contra la diferencia.

La biomedicina interpreta siempre los signos y los síntomas en relación con sus conocimientos acerca del modo de acción del organismo, de su estructura y funcionamiento; es decir, la Anatomía y Fisiología (Coe, 1984). No trata con el hombre enfermo, sino con los procesos fisiológicos que ocurren dentro del organismo sobre todo cuando se ha establecido mediante el diagnóstico que se trata de un "caso", de una "enfermedad". En consecuencia, sólo le interesan las prácticas curativas de los otros saberes, mientras que para éstos los recursos vegetales, animales y minerales no son más importantes que el poder de la parafarmacia ritual en el proceso de restauración de la normalidad individual y grupal.

Para Occidente la verificación del conocimiento generado por su aparato cognitivo ha constituido el principal requisito de legitimidad -aunque esta situación ha cambiado en la

degeneración comienza en el instante mismo en que tienen éxito; se convierten en dogmas en cuanto la oposición queda anulada; su triunfo es, a la vez, el comienzo de su decadencia", (Feyerabend, 1985: 60-61).

¹⁵ La verdad tiene para Occidente un significado muy específico, y se relaciona directamente con el propósito racionalista que domina el orden burgués desde la Ilustración: la "verdad", que es el encuentro de lo que existe detrás de lo oculto. Como ha mostrado Gadamer (1992:53-54), el concepto griego de verdad, *aletheia*, significa desocultación. Desocultación: sueño de la razón liberadora, sueño de Occidente -Este es, justamente, el metarelativo liberador y emancipador de la ciencia a que se refirió Lyotard (1994:63-71)-. Esta significación de la verdad pretendió universalizarse por su asociación con el proyecto globalizador. La "verdad" de Occidente/ ciencia se difundió (y, en muchas ocasiones, se impuso) por medio del vehículo al que está unida, esto es, el vehículo del capitalismo y de los principios liberales de la libertad, de la democracia y de la

postmodernidad- y diferencia lo que es admisible de lo que no es admisible; en otras palabras, las limitaciones al saber operan como filtros a la autoridad del discurso (Lyotard, 1994: 40), establecen mecanismos de control.

De esta manera, uno de los efectos de la verdad es el "control" sobre lo que se produce. A través del ejercicio de la verdad se ejerce un control totalizante que involucra todas las esferas humanas, incluso aquellas que desbordan los límites estrictos del conocimiento.

De hecho, para la ciencia occidental ciertos saberes no son legítimos porque no son admisibles, porque el conocimiento que producen no se adecúa a los estándares establecidos por la ciencia. Y es allí, entonces, en el entramado inextricable entre saber, poder y verdad, en donde el ejercicio hegemónico y excluyente de Occidente ha encontrado su mejor albergue. Porque la existencia de la verdad presupone la existencia del error, de la equivocación, de la falsedad.

Occidente ha demostrado con creces, aunque en este dogmatismo no está nada sólo, que su adherencia a la verdad -su verdad- presupone la equivocación de todas las posiciones distintas. Es más, no sólo muchas sociedades creen que otras sociedades que no comparten su visión del mundo están abiertamente equivocadas, sino que consideran lo mismo de su propio pasado (*sensu* Gellner, 1985: 85). Sin embargo, cada forma de conocer establece límites a lo que produce y establece, entonces, sus propias formas de legitimidad.

Con el argumento de un trabajo interdisciplinario y una tendencia a la especialización por la antropología, el Cientista Social -Antropólogo- dedicó "más atención hacia otras ciencias que hacia otras ramas dentro de la propia Antropología" (Llobera, J.1980:15). Situación evidente en los "préstamos teóricos" presentes en los diferentes trabajos de investigación, y

tolerancia. Por esa razón la difusión de la "verdad" de Occidente adoptó la forma de una cruzada moderna, una cruzada liberadora.

sobre los cuales Canguilhem (1982) hace referencia. Casos concretos son el uso de términos como: salud-enfermedad y anormalidad-normalidad, como preconceptos connotando principios médico occidentales que vehiculizan valores ideológicos, no científicos, en el análisis de otros saberes y prácticas curativas.

Problemática que se hace más evidente si se retoma la afirmación hoy pertinente de Prat, Pujadas y Comelles (1980:46)

“Lo que en algunas culturas cae dentro de la categoría de salud, en otras pertenece a la esfera de la enfermedad. Cada grupo humano posee, además, su propia percepción de lo que es la enfermedad y las definiciones que de ella se dan, no son necesariamente coincidentes. Podría decirse que la enfermedad es fundamentalmente, un modo de clasificar un conjunto, de hechos significativos en una cultura y que no dependen de las condiciones objetivas desde la perspectiva médico - científica”.

A las cosmovisiones de los grupos que norman las actividades sociales y culturales de los individuos obedecen las concepciones sobre salud y enfermedad; han desarrollado sus propios sistemas de conocimiento que van desde la “prevención”, reconocimiento, control y tratamiento de las enfermedades; es por esto la gran importancia que tiene la cultura en lo explicativo y es la justificación de la existencia de la “Antropología Médica”.

“Antropología Médica” que en su denominación en un sentido general es parcial, porque su reflexión abarca la enfermedad en la diversidad sociocultural del mundo contemporáneo, "de plus, la maladie est pour lui -Marc Augé- le lieu par excellence où se rejoignent la perception individuelle et les représentations symboliques ou sociales" (Augé 1986, citado por Massé, 1995 :19), y no la medicina que es un campo bien definido en las sociedades occidentales, y no tanto en las sociedades que no lo son como lo plantea Augé (1986).

El término "antropología médica" se ha institucionalizado acuñado por la literatura antropológica británica y americana con un sesgo hacia lo biológico. Es deseable hablar de una antropología de la enfermedad como lo propone la antropología francesa (Augé 1986, Laplantine, 1986, Fainzang 1989)¹⁶, o una antropología de la salud y la enfermedad para abordar los saberes y prácticas curativas en la diversidad sociocultural asociado a las dimensiones sociales *-sickness-* y culturales *-illness-* de la enfermedad, y los factores socioculturales que inciden en el desarrollo de las enfermedades *-incluida la dimensión disease-* y en sus prácticas del tratamiento y cuidado (Valero, 2003 :44).

Como lo dice Gilles Bibeau (2004: 60) una antropología donde se encuentren la biología, la cultura y la sociedad, para estudiar, por ejemplo, las enfermedades en la evolución humana, las variaciones en las tasas de prevalencia de enfermedades como malaria, la tripanosomiasis y el VIH, el impacto de los cambios tecnológicos, de las modificaciones del medio ambiente y de las presiones demográficas sobre la distribución de las enfermedades, las relaciones entre desigualdad socio-económica, el medio físico y el perfil de salud, las relaciones entre la nutrición, crecimiento y la patología, entre otros temas.

Esta posibilidad de una antropología del encuentro es más sugerente todavía porque pone en el centro de interés de la antropología los diferentes interrogantes que generan las problemáticas de enfermedad en las sociedades, lo cual comparto con Gaines (1998).

La investigación por antropólogos sobre la problemática de la salud y la enfermedad en Colombia se ha intensificado en los últimos 30 años. Así lo demuestra la creciente participación de grupos de investigación y experiencias institucionales de salud en diversos

¹⁶ Es una propuesta más seductora porque evidencia la intención de unir lo separado por la visión cartesiana sobre el cuerpo humano; es decir, unir el cuerpo material con el cuerpo espiritual, situación que entonces lleva a preguntar ¿ Ante tal complejidad de una realidad y abordaje holístico, vale la pena considerar la posibilidad de mantener la idea de la especialidad como subdisciplina de la antropología médica, intención que la ha llevado a cierto aislamiento?

encuentros nacionales e internacionales realizados en las últimas décadas, donde se advierte:

- La presencia de desarrollos investigativos regionales y nacionales alrededor de instituciones universitarias, predominantemente mostrando un fortalecimiento de grupos regionales.
- La diversificación de problemáticas y diversidad de enfoques particularizados en los procesos de investigación funcionalistas, estructuralistas, marxistas, sistémicos, históricos, constructivistas, eclécticos y empíricos.
- Diversidad de estrategias de relación entre investigados e investigadores: desde estudios etnográficos clásicos hasta estudios solicitados y contratados por las comunidades indígenas para fortalecer sus procesos de identidad y salud, hasta experiencias que cuentan con “nativos” coinvestigadores, o aquellas donde la dirección de los procesos de investigación se traza en conjunto con grupos comunitarios e instituciones de salud.
- Experiencias interdisciplinarias de investigación con la participación de personal médico, enfermeras, psicólogos, comunicadores sociales, lingüistas, trabajadores sociales y otros; en algunos casos estas experiencias se han irradiado hacia la formación de recursos humanos por fuera de la carrera de Antropología, especialmente carreras del campo de la salud.
- Apertura de nuevos frentes de acción entre las instituciones que prestan servicios y las comunidades; relación con grupos internacionales que trabajan en el campo con propósitos de intercambio de experiencias, asesorías, capacitación, organización de eventos.

- Participación en la adopción de políticas de investigación: se ha logrado concertar con instancias oficiales el respaldo a los procesos de investigación hacia culturas médicas alternativas y tradicionales.
- Y la presencia de investigaciones desarrolladas por extranjeros, no sólo investigaciones de postgrado sino de procesos de varios años, reconocidos por su relevancia a escala internacional. Entre estos investigadores se encuentran Schultes, los esposos Hugh Jones, Ann Osborn, Jean Langdon, Michael Taussig, Joanne Rappaport, Patrice Bidou, Robinson Scott, Franz Faust, Kaj Arhem, Renata Lipotsky, Y. Takei, y Cristopher Abel.

En Colombia varios textos dan cuenta del desarrollo de la antropología en los estudios sobre la salud y la enfermedad, las ediciones y escritos de Friedemann y Arocha (1984 y 1979), los balances de Jimeno (1989 y 1993), los compendios de etnografía colombiana del ICAN (1987) y Correa (1993) que abordan sólo grupos étnicos, el Catálogo bibliográfico "Una década de producción antropológica en Colombia 1980-1990", coordinado por el ICAN, "El estado del arte de la investigación sobre las culturas de la salud en el sur-oeste colombiano" (Portela 1998).

Como precursora aparece la antropóloga Virginia Gutiérrez de Pineda (1985) que plantea una tradición triétnica en la conformación de la medicina tradicional en ausencia de una sistematización de los esfuerzos investigativos de acuerdo con tendencias, grupos o regiones específicos, o de estos grupos frente a la interculturalidad o frente a las instituciones.

A partir de una revisión de los avances de antropología médica estadounidense -alrededor de las tendencias de Kleinmann y Young- y su influencia en Colombia, Xochilt Herrera en

1982 hace una recopilación bibliográfica que amplía en 1988 con Miguel Loboguerrero. El material bibliográfico se clasifica de acuerdo a las temáticas indígena, rural, urbano, y se acompaña de un análisis del recorrido de la antropología médica por el país, sin evidenciar y analizar las tendencias y sin un balance de las ganancias metodológicas en el campo; tampoco precisan formas de abordar problemas concernientes a los procesos de salud y enfermedad en una estructura social multiétnica y pluricultural, como la del país.

La comprensión de la salud y enfermedad, desde la década del 80, ha obligado a considerar el entrecruzamiento de procesos globales que se dinamizan con la estructuración de mercados transnacionales, de naciones que desdibujan su identidad como estados (y por ende transforman su responsabilidad hacia los procesos de salud) generando procesos que cobran importancia por la capacidad de modular localmente las condiciones de vida. En Colombia, ha sido notoria la rápida transformación de los procesos identitarios y las dificultades para la convivencia de las diferencias, lo cual se evidencia en los registros de morbilidad, presentando un reto para las formas usuales de comprender y programar servicios asistenciales, preventivos o de promoción de salud.

Adquiere un interés relevante la dinámica del sistema médico facultativo y su relación con otros sistemas médicos así como las influencias de las políticas regionales, y la recopilación de análisis y estrategias que los diferentes grupos han producido frente a las nuevas condiciones de vida y detectar las áreas problemáticas que se presentan como puntos ciegos. Si bien es cierto que no es posible predecir que investigaciones podrían aportar resultados que afecten positivamente la vida social, tampoco es viable adelantar investigaciones que desconozcan estos componentes que están actuando sobre la construcción actual de la realidad social.

Las temáticas sobre las que versan los estudios más recientes dan cuenta de un gran interés en los códigos-representaciones de los procesos de salud y enfermedad; sistemas, modelos

o culturas de la salud tradicionales y populares -urbanas o rurales-, y en ocasiones estudios sobre la interacción entre estos sistemas, modelos o culturas; impacto de cambio cultural en procesos de salud y enfermedad; sobre relaciones con otros sistemas culturales o niveles sociales o procesos sociales; construcciones interétnicas e interculturales informales; desarrollo de modalidades de atención en salud alternativos a los oficiales; perfiles epidemiológicos en grupos étnicos; proyectos de intervención directa sobre comunidades; estudios sobre terapéuticas específicas -tales como etnobotánica-, y desarrollo de procesos metodológicos de investigación para poblaciones urbanas o etnias, entre otros.

Investigaciones desarrolladas bajo un sin número de enfoques, que entre los más frecuentes podemos citar :

- El microsociológico centrado en la integración cultural.
- La independencia conceptual del área de salud-enfermedad y el énfasis en las articulaciones culturales.
- El privilegio teórico en la causalidad cultural.
- Una visión dicotómica de los sistemas médicos “tradicional” y “científico”.
- El saber médico tradicional como objeto de investigación excluido de otros sistemas.
- Priorización en poblaciones rurales, sobre todo de grupos étnicos, y más recientemente de la población urbana “marginal” como sujeto de estudio.

Existe una gran producción con énfasis en la descripción y acumulación de datos etnográficos sin la rigurosidad exigida por un análisis interpretativo por la ausencia de una claridad teórica y metodológica en el soporte de las investigaciones; se ha trabajado con roles sociales y no con sujetos sociales; la producción de conocimiento y su análisis sobre la relación terapeuta paciente es descontextualizada de los procesos políticos-ideológicos más amplios.

Los contextos económico, político, e ideológico en la mayoría de las descripciones se han olvidado y cuando ha habido un marco teórico referencial no lo articulan a la descripción y análisis de los datos, quedando dicho marco como una retórica vacía, como un hecho declarativo abstracto. (Menéndez, 1985)

Los enfoques se han dado a través de estudios de caso, en pequeñas comunidades rurales y urbanas, dirigidos a los rituales y parafernalia como la dimensión fundamental del entendimiento del proceso salud-enfermedad, y del aporte de la antropología. Son escasos los estudios históricos, y en particular los relacionados con la deconstrucción histórica crítica de las categorías y las prácticas hegemónicas y no hegemónicas, de problemas sociales fundamentales como la drogadicción, el alcoholismo y los desórdenes del comportamiento, y apenas se empieza a pensar en la problemática de la salud asociada a los fenómenos de violencia. (Loboguerrero, Herrera, 1988)

Todavía no se constituyen en objeto de estudio antropológico los sistemas de atención a la salud con su historia, estructura y funcionamiento, como tampoco las políticas sociales. Las especialidades se alejan del campo disciplinar y se acercan a otras disciplinas en función de la problemática; la profesionalización -académica universitaria- e institucionalización -aplicación en el sector salud- que impone competencias y reificaciones de las potencialidades y los roles concretos de las disciplinas, afirmando cada vez más la perspectiva de una antropología aplicada a la clínica. (Portela, 1998)

La concepción de las relaciones sociales como relaciones interpersonales, y el énfasis que se hace en la enfermedad desde su significado cultural, son los dos problemas teóricos que se evidencian en esta revisión panorámica.

No se aprecia que la relación terapeuta-persona enferma se estructura desde relaciones de

poder, entre las que deben incluirse: clase, género, adscripción a grupos socioculturales, opacando la estructuración política del significado en la práctica médica-clínica; estructuración que se hace desde relaciones emergentes de líneas institucionales de poder y otras, construídas a través de las distintas políticas sociales y, en particular, desde las derivadas de la organización global de los servicios de atención a la salud.

Se conciben como relaciones interpersonales en un marco general de intercambio "recíproco" a través del ordenamiento institucional. En esta visión los médicos y personas enfermas se encuentran como "iguales", siendo las personas quienes en definitiva "deciden" si siguen o no las indicaciones médicas. La relación queda así planteada como un sistema social balanceado y automantenido.

El énfasis en el significado cultural de la enfermedad definida como un texto simbólico que debe ser leído a profundidad para captar los sentidos que encierra, deja en evidencia la necesidad de reconocer que hay diferencias semánticas y de significaciones entre médicos y pacientes, y en este sentido aporta a la biomedicina al contribuir con una metodología para explorar y resolver los problemas de relación con los pacientes, con las poblaciones en la educación en salud, del cumplimiento de tratamientos, y negociación de alianzas terapéuticas.

Pero por los procesos de producción de sentidos culturales no se indaga, hay despreocupación por las dimensiones ideológicas que atraviesan los sistemas de significados, las construcciones ideológicas que distinguen realidades políticas y económicas; las "culturas" no se sitúan en los contextos históricos, económicos y políticos. Se sigue privilegiando teóricamente la determinación cultural de las prácticas, en este caso, las relacionadas con la salud y la enfermedad.

Dos tendencias se desprenden por abordar el problema de la enfermedad bajo el sesgo cultural :

- a) Convertir a la antropología en objeto de cuestionamiento ideológico y epistemológico, al considerar que el sujeto y las formas de vida humanas sólo pueden ser analizadas y explicadas por la cultura. Por no acoger y propiciar un diálogo con los conocimientos del continuo avance de las teorías biológicas “explicativas” de la subjetividad, la sociedad, la cultura, la genética, el SIDA, la alcoholización, y ciertas enfermedades mentales, que tienen su centro analítico y explicativo en condiciones biológicas - genéticas- de grupos étnicos y sociales.
- b) Fortalecer el modelo médico hegemónico, la medicalización de la enfermedad, y el viejo rol de auxiliar -intermediaria¹⁷- de la antropología, donde se han hecho requerimientos culturalistas al antropólogo por parte de instituciones médicas, en cuanto a la inclusión de “módulos”, “materias” u otras orientaciones de estudio en los planes curriculares de las facultades de medicina o escuelas de salud pública, y se ha solicitado su participación en equipos de salud para desempeñar el rol de “traductor cultural”; es decir, consolidar un sesgo clínico en la propuesta teórica y práctica de la antropología médica.

Unos antropólogos y una antropología acrítica del paradigma biomédico termina por autocolocarse como mediadora en la resolución de los potenciales conflictos, en traductora, en explicadora, con el riesgo de reducirse a una lista de recetas para fortalecer la práctica médica frente a “otros”. La potencialidad de la disciplina, queda limitada a unas pocas

¹⁷ En este marco, la antropología es requerida sólo en los casos en que no puede operar una “tecnología superior”, no para cuestiones relativas al núcleo problemático de la medicina, sino para mediar en el encuentro médico-paciente, para legitimar o establecer credibilidad en el mismo. Visto en mayor profundidad, este es un rol de auxiliar subordinado, o a lo sumo, de opositor leal y legal dentro del mismo terreno y con las mismas reglas de juego.

prácticas reificadas, como recetas. El resultado es no sólo la reificación de la enfermedad y el sufrimiento humano, sino de la propia antropología de la salud y la enfermedad como herramienta sanitaria, y, en algunos casos, como un sofisticado -también de moda- instrumento de "sensibilización cultural" en los currículos médicos.

Los párrafos precedentes dejan en evidencia dos aspectos problemáticos instaurados en un sujeto social que los reproduce:

- a) Solo a través de la descripción y análisis de las prácticas médicas se ha intentado resolver la relación sujeto-cultura,
- b) Se considera la experiencia antropológica como construcción de conocimiento, y además, como subjetividad en confrontación con el positivismo.

Este balance lleva a afianzar los siguientes aspectos conceptuales :

La salud-enfermedad como problemática compleja y como núcleo clave de la vida social, donde se reconoce que los procesos de salud-enfermedad emergen de condiciones socioeconómicas, políticas, y además son objeto de la construcción de saberes y prácticas de los conjuntos sociales, incluidos los "especialistas" de los diferentes saberes, que posibilitan su definición, su reconocimiento, así como las formas organizadas de atención.

Las especificidades de las dimensiones psicológica y biológica con sus relaciones, los procesos de construcción social, los procesos socioeconómicos y políticos histórico-concretos que tienen que ver con la estructura y las particularidades de una sociedad; y la necesidad de incluir los conceptos de poder y de relaciones de poder que permitan explicar la construcción de formas de interpretación, codificación y problematización de la vida social.

En esta perspectiva el marco analítico debe aislar y cuestionar las formulaciones abstractas e idealizadas sobre las entidades sociales -ejemplo: comunidad, etnia-, y centrarse en problematizar aspectos de la cotidianeidad sobre los cuales se propone algún tipo de control social y específico. No es sólo generar un marco conceptual crítico para las categorías biológicas de salud-enfermedad, sino, al mismo tiempo, captar el carácter, la función y el impacto global en las vidas y formas de vida de los sujetos.

Desde estas relaciones y estos procesos, recuperar como acción central las prácticas sociales, definir los sujetos activos, posibilitando en su conceptualización un proceso de recuperación de sus saberes y prácticas, donde el punto de partida para ese conocimiento sea justamente la propia actividad de los sujetos; para ello trascender el individuo hacia unidades como familia-grupo doméstico, grupos de trabajo, redes de parentesco o solidaridad, unidades residenciales; así, como en unidades de nivel macro como categorías ocupacionales, estratos-clases sociales.

Suspender la pretensión de abarcar la totalidad de la sociedad examinada y prestar especial atención a las fracturas, las contradicciones, los aspectos inexplicados, las múltiples perspectivas sobre los hechos, recrear esa multiplicidad en el texto ofreciendo la multivocalidad de las manifestaciones encontradas, transcribiendo diálogos o reproduciendo el carácter dialógico de la construcción de interpretaciones. Ello impone incluir el análisis de las determinaciones y sobredeterminaciones de la propia práctica en los procesos en estudio. Implica, a su vez, el posicionamiento del investigador como parte activa-receptiva de un proceso de interacción social más amplio. El problema sigue siendo lograr un proceso de permanente ida y vuelta entre teoría y práctica, desde la recuperación crítica del saber y la experiencia histórica de los conjuntos sociales, a la construcción de nuevas categorías de análisis y, por tanto, de nuevas formas de práctica social.

Como para cerrar este ítem, pero con la sensación de apenas comenzar, lo deseable en el mundo de las sociedades contemporáneas doblemente posmodernas e insubordinadas es la

posibilidad del encuentro de los saberes académicos y las voces históricas, para pensar el proceso de salud-enfermedad como un proceso de bio-política, donde lo biológico y lo socio-cultural se constituya en un tejido al servicio de la interpretación de la problemática de las sociedades en relación con la enfermedad.

Donde se acepte la diversidad de tradiciones históricas bajo el reconocimiento que no son universales sino contingentes -es decir, histórica y culturalmente situadas -, donde la "espiritualidad" indígena -en este caso- respete el "imperativo científico" y sus puntos de vista, y viceversa bajo condiciones de negociación que lo permitan. Los distintos conocimientos históricos pueden encontrarse y comunicarse pero sabiendo que el homogenismo es un fantasma presente y que todas las sociedades humanas tienen la misma edad¹⁸ (Fabian, 1983 :159)

2.2. El marco conceptual de referencia.

La presente investigación a través del seguimiento de las personas por los itinerarios terapéuticos se aproximó a las concepciones de salud y enfermedad que los *Nasa* han construido en la dinámica de las relaciones interculturales, y que les permite optar por uno u otro saber y práctica para la curación de sus enfermedades, también se intentó establecer la razón de la eficacia simbólica del itinerario.¹⁹

¹⁸ Aunque se trate de "edades" situacionales, no de "edades" esenciales, lo cual no implica una identidad temporal, la construcción de un tiempo único que equivaldría a un tiempo de apropiación. La contemporaneidad del encuentro de múltiples conocimientos históricos supone el enfrentamiento de tiempos divergentes aunque situados en un momento de tiempo compartido, un tiempo que permita la comunicación.

¹⁹ En el cuadro conceptual de análisis para aproximarnos a la eficacia simbólica lo componen los aportes de Levi-Strauss, "El brujo y su magia" y "La eficacia simbólica" (1981) y las reflexiones de Bibeau en el texto "L'activation des mécanismes endogènes d'auto-guérison dans les traitements rituels des Angbandi" (1983), y en la recolección de información prevista: 1) el lugar que ocupa el pensamiento simbólico, pensamiento que se expresa lo mejor posible en la lengua de los rituales, 2) la manera en que las personas hablan de sus

La enfermedad como la curación se abordaron como procesos socioculturales que afectan a la colectividad, partiendo de la premisa que los conceptos y significaciones sobre la enfermedad y la curación se comparten colectivamente, no obstante la permanente dinámica.

La naturaleza social de la enfermedad no se verificó en el caso clínico sino en el modo característico de enfermar de los *nasa*. No fué a través de las personas enfermas que se aprehendió mejor el carácter social de la enfermedad, sino a través de los “perfiles patológicos”²⁰ que ellos van trazando a través de los itinerario terapéuticos.

En el campo de la antropología referida a la problemática de las salud y la enfermedad en Colombia dos tendencias han tenido una fuerte presencia:

- a) por un lado aquella que plantea la relación dicotómica entre lo tradicional y moderno con la fuerte influencia de la antropología aplicada de George Foster (1964), donde el eje de análisis es la polaridad de lo rural-tradicional y lo urbano-moderno como estadios consecutivos; constituyéndose los rasgos culturales y la tradición de las poblaciones rurales en obstáculo para el desarrollo en términos generales y particularmente para la medicina, haciendo difícil la adopción de formas médicas más eficaces para los indígenas,
- b) la otra tendencia se sitúa en una perspectiva histórica que pretende evidenciar legados étnicos, mezclas, permanencias étnicas y resistencia cultural para explicar la formación de los sistemas médicos vigentes en la actualidad.

sentimientos situados estos últimos dentro de sus cuerpos y crean así una verdadera etnopsicología y 3) la forma en la cual el origen de las enfermedades y problemas es culturalmente explicada. (Bibeau, 1983: 39).

²⁰ No en la orientación individual de la epidemiología, sino en la orientación comunitaria de la antropología que considera a la comunidad como unidad central de análisis y se interesa en la forma como el contexto social y cultural moldea las percepciones, valores y comportamientos de las personas (Corin, Bibeau, et.

Y aunque la tendencia b) es la que ha jugado un papel muy importante en mi trayectoria investigativa con el apoyo en la premisa de Barth (1967) que dice que para entender el cambio de un modelo "aborigen" a uno sincrético es necesario especificar la continuidad dentro del sistema o entre las situaciones en las cuales ocurre el cambio; en el desarrollo de la presente investigación he intentado complementarla y rebasarla por una tendencia que me permita hablar de "intercambio e interpenetración" (Bibeau, 1997). Según el profesor Bibeau, los ámbitos del contacto y el intercambio en el análisis de las sociedades multiculturales contemporáneas son claves, en ellos ocurren procesos de resistencia y atracción, fusión y fragmentación, contradicción, simbiosis y heterogeneidad, totalización y parcialización.

Al analizar el desenvolvimiento de los *Nasa* frente a la enfermedad en su cotidianidad, se constata una convivencia con fragmentos de múltiples modelos "referenciales" (Pedersen, 1999) no necesariamente coherentes y estables, pero a partir de los cuales construye su experiencia. Y en dicho contexto se evidencian cambios en sus concepciones y prácticas médicas, así como la permanencia de un buen número de ellas; situación que lleva a pensar no en resistencia -como la segunda tendencia-, ni en deculturación, pero sí en intercambio e interpenetración.

Esta opción la sustento, además, en los análisis de las lecturas de García Canclini (1989) que si bien no trata directamente los problemas asociados con la salud y la enfermedad ofrece lineamientos amplios para la comprensión de las dinámicas interculturales en la actualidad.

Canclini considera los "cruces socioculturales en que lo tradicional y lo moderno se mezclan" y habla de hibridación, término que abarca diversas mezclas interculturales

Al, 1990:43), siendo este el escenario donde se puede identificar la dinámica de intervención de los

(Canclini, 1989, p.14), de tal manera que la interpretación de las dinámicas y transformaciones culturales, como entrecruzamientos o hibridaciones, como el acercamiento pertinente; esta conceptualización enmarca de forma muy general el planteamiento de la presente investigación que ha exigido para entender la enfermedad y la curación como procesos y productos sociales con significados compartidos, el análisis de las formas como la colectividad construye las representaciones de su realidad.

Al ubicar esta perspectiva en el plano conceptual de la cultura, me llevó a buscar aliados en García Canclini (1981) y Casimir (1980). En el primero porque su concepto de cultura incorpora la posibilidad de explorar la producción de ordenes culturales, enfatiza una noción dinámica, y comparte la preocupación moderna por la construcción e intervención de los sujetos en la generación de sus entornos sociales:

“la producción de fenómenos que contribuyen mediante la representación o elaboración simbólica de las estructuras materiales a comprender, reproducir o transformar el sistema social, es decir, todas las prácticas e instituciones dedicadas a la administración, renovación y reestructuración del sentido” (1981:75)

No obstante la importancia de su concepto, carece de la ubicación histórica de la producción de sentidos e identidades que movilizan los cambios -aunque aparecen algunos elementos-, y es allí donde Casimir contribuye complementando: “el espíritu refleja el proceso histórico, es decir el peculiar arreglo de los instrumentos cognoscitivos y valóricos con los que los conjuntos humanos significativos perciben las relaciones que mantienen entre sí y formulan alternativas de control y modificación de estas mismas relaciones[...]” (1980:163).

Se trasciende así el tantas veces criticado concepto Tayloriano que define la cultura como suma de elementos materiales y valores espirituales de los pueblos, que no hace referencia a las condiciones sociales en que los pueblos producen la cultura y el sentido con el que la crean. Hablar del sentido significa que la cultura es elemento central -fuente y parte- de legitimación del orden social establecido, o del ideal por transformarlo; es cambio y tradición al mismo tiempo.

La problemática a la que se enfrentó la presente investigación es de gran complejidad que fué necesario verla como un sistema complejo, porque los elementos y las relaciones que la configuran se encuentran en una dinámica cultural muy activa.

En la diversidad de saberes y prácticas curativas y en la construcción de los procesos de salud y enfermedad se evidencian diferentes fuentes y flujos de información que aseguran variedad y riqueza, y cada nueva información dificulta niveles de predictibilidad, porque no se asegura una linealidad ya que la relación causa efecto es incongruente, una causa pequeña, un cambio por ejemplo, produce un efecto de diferente magnitud. También se encuentran mecanismos de retroalimentación, características todas que coinciden con el concepto de sistemas complejos o caóticos de Hayles (1993).

Además en los sistemas complejos el orden y el caos se relacionan de dos formas: sea porque del caos emerjan estructuras organizadas, o porque exista un orden oculto dentro del sistema, que contiene estructuras profundamente codificadas. Estas se caracterizan por combinar azar y orden; se constituyen en tendencias organizadoras al interior del sistema.

En la medida en que el sustrato que subyace -ordena y da forma- a la manera como se ha de actuar frente a la enfermedad no es un ordenamiento como lo exige la conceptualización tradicional de sistema, utilizo el concepto de rasgos estructurantes que permite que en torno a estos se organice el conjunto de significados que rigen la forma de interpretar y por

consiguiente de actuar frente al evento de la enfermedad; es decir, actúan como tendencias organizadoras de la dinámica de saberes y prácticas médicas. Y hablo de estructura profundamente codificada, sólo cuando esos rasgos son tan fuertes y tan arraigados, que persisten a lo largo del tiempo con modificaciones pequeñas, hasta el punto de constituir una forma generalizada de pensamiento.

Abordar tal problemática, ha requerido de estrategias para ubicarla en contexto, en una relación local-global y en sus múltiples dimensiones; es decir, en una estrategia metodológica pertinente a su complejidad problemática.

En este sentido el contexto socio-cultural no sólo determina las formas de existencia y adaptación de los *Nasa* sino también las formas de representación que se hacen de dichos procesos. Por lo tanto fue preciso considerar que, aunque en el individuo y en la comunidad los fenómenos debidos a los procesos de intercambio e interpenetración son reales y producen manifestaciones, la enfermedad en si es una realidad conceptual que no existe sino dentro de un contexto social y cultural amplio, en el cual adquiere determinadas formas y como tal se la explica y trata.

Esta complejidad exigió el abandono de la tendencia a generar marcos conceptuales críticos para las categorías biologicistas de la salud y la enfermedad, porque el propósito era procurar la problematización de los aspectos de la cotidianeidad sobre los cuales existe algún tipo de control social y específico, y establecer el carácter, la función y el impacto global en las vidas y formas de vida de los sujetos y con ellos; estableciendo una ruptura también con formulaciones abstractas e idealizadas sobre las entidades sociales -ejemplo: comunidad, etnia, etc.-

En coherencia con estas apreciaciones se recuperaron las prácticas sociales como la acción central, y los actores -la gente- como los sujetos activos en la cotidianidad, posibilitando en

sus narraciones y primeras interpretaciones una recuperación conceptual de sus saberes y prácticas, donde el punto de partida para este conocimiento fue justamente la propia actividad de los sujetos; hasta ir trascendiendo el individuo hacia unidades como familia o grupo doméstico, grupos de trabajo, redes de parentesco o solidaridad, unidades residenciales; así, como hacia las unidades de nivel macro como categorías ocupacionales, estratos-clases sociales, o grupos de personas en “colonias regionales”.

Se abarcó la totalidad de la sociedad examinada, se prestó especial atención a las fracturas, las contradicciones, los aspectos inexplicados, las múltiples perspectivas sobre los hechos, y se recreó esa multiplicidad en el presente texto incluyendo la diversidad de las manifestaciones encontradas, transcribiendo diálogos o reproduciendo el carácter dialógico de la construcción de interpretaciones.

La aproximación investigativa a partir de los sujetos sociales en una relación sujeto-sujeto, desde los numerosos aspectos de la vida social que ponen en juego las relaciones entre los espacios patológicos y terapéuticos, concepciones cosmológicas, modos de organización socio-político y familiar, las maneras locales de pensar y explicar las cosas, así como las concepciones que tienen las personas sobre el cuerpo y de la vida general; es decir, partiendo del interior de los fenómenos mismos, intentando ir mas allá de la explicación causal de ellos; esta decisión me ubicó en una posición hermenéutica.

Explicitamente en el postulado que afirma que la verdad²¹ no se puede reducir al método científico como lo propone el positivismo porque la ciencia es una de las dimensiones de la experiencia humana, pero no la única, existen otras experiencias muy importantes que

²¹ Los criterios de verdad se establecen al interior de cada sistema de conocimiento que es producido en los colectivos sociales e históricos específicos, donde también se usa, se modifica y se manipula. Pensando la construcción del conocimiento, para mí ha sido muy valioso el artículo “Entre sens et sens comun” de Bibeau. Resalto un aparte de su perspectiva metodológica que plantea que el antropólogo debe lograr la lógica que organiza el sistema de sentidos de un grupo -sistema que relaciona generalmente algunos arbitrios-, y que no puede comprenderse sino a través de un estudio a profundidad de los valores culturales y de las formas de vida social que prevalecen dentro del grupo. (Bibeau, 1991:88)

también son verdaderas y no se pueden obtener a través del método científico²². Un ejemplo de ello es el arte, el saber popular, los mitos, las tradiciones que son conocimientos vitales con los cuales unos determinados sujetos "se comprenden" en el mundo y buscan explicarlo.

La enfermedad y la salud como representaciones hacen parte de esa sociedad que habita en el individuo (se planteará en 4.1 cuerpo humano - cultura - pensamiento) donde la representación social la entiendo a la manera de Jodelet (1985:473):

"Una manera de interpretar y de pensar nuestra realidad cotidiana, una forma de conocimiento social[...] y correlativamente, la actividad mental desplegada por individuos y grupos a fin de fijar su posición en relación con situaciones, acontecimientos, objetos y comunicaciones que les conciernen. Lo social interviene ahí de varias maneras: a través del contexto concreto en que se sitúan los individuos y los grupos; a través de la comunicación que se establece entre ellos; a través de los marcos de aprehensión que proporciona su bagaje cultural; a través de los códigos, valores e ideologías relacionados con las posiciones y pertenencias sociales específicas" (Jodelet, 1985:473)

Esto significa que la verdad no está afuera como supone el empirismo, sino que el conocimiento es una construcción explicativa del mundo externo e interno, desde unas posibilidades culturales y metodológicas específicas en un momento dado y que la observación es apenas uno de los elementos que interviene en dicho proceso.

La práctica científica tiene su origen en la experiencia del mundo de la vida, donde se plantea que una experiencia pre-científica es el origen de la investigación, y que las hipótesis, las variables, los marcos de referencia, las aplicaciones técnicas, los discursos socializadores, son posibles porque en la vida cotidiana aparecen problemas que ameritan

²² Sin embargo, también es importante decir, que desde la postura habermasiana las distintas formas de conocimiento deben ser objeto de crítica. Por ejemplo, ciertas tradiciones y prejuicios pueden ser opresivos

ser resueltos. Así mismo los resultados de la investigación científica, natural o social, revierten al mundo de la vida transformándolo.

Lo que implica reafirmar el planteamiento habermasiano en el sentido de reconocer que la ciencia no puede encontrar su validez el interior de ella misma. Surge por una necesidad en la amplia gama de relaciones e intereses que vive una sociedad, porque ésta es la que crea las condiciones de posibilidad para la producción de conocimiento; en ella aparecen los primeros interrogantes que dan pie a un proceso de investigación, y allí deben surgir los interrogantes dirigidos hacia la finalidad del conocimiento.

La práctica investigativa está determinada por la historia que determina y empuja al ser humano, una historia que es movimiento permanente y en conflicto que implica rupturas, crisis, transformaciones y reestructuraciones sociales. El ser humano no se puede escapar a ella, pues no existe un lugar externo a la historia desde la cual pueda observar los acontecimientos con neutralidad. La salud y la enfermedad son realidades históricas, pero que deben ser abordadas no bajo el tiempo histórico lineal -diferente a la cosmovisión indígena- sino bajo el concepto de “duración” como realidad múltiple y polifónica de superposición de muchas temporalidades simultáneas cada una con su dinámica propia pero tal vez integrada al movimiento de la “estructura” o larga duración (Braudel, 1979: 60-106).

En el medio en el que se sucede la experiencia humana es el lenguaje. Esto quiere decir que desde el lenguaje el hombre orienta sus experiencias. Es él que posibilita las formas de pensar y actuar. El lenguaje es el espacio en el cual el hombre organiza el mundo; cumple funciones de mediación entre: el hombre y el mundo, el hombre y otros hombres, el hombre consigo mismo. Donde la interpretación es posible por la existencia del lenguaje. Cualquier manifestación lingüística es susceptible de ser interpretada: esto significa construir un

sentido con los sujetos sobre los cuales resulta indispensable comprender una determinada acción o vivencia.

La ortodoxia científica me podría preguntar: ¿por qué teniendo en cuenta la amplia área que han demarcado los estudios de la salud y la enfermedad en la diversidad cultural y la exigencia de un acompañamiento de otras disciplinas, no he precisado el concepto de salud y no defino las disciplinas y su grado de compromiso con el proceso de aproximación y “explicación?”.

Como lo he planteado en mi propuesta de tendencia interpretativa, la investigación se encuentra anclada en la vida social de las personas, como viven ellas, y respetar esa realidad significó hacer el mínimo de supuestos; como consecuencia de tal orientación, no fue pertinente partir de un diseño de investigación rígido y totalmente definido. Se llegó directamente a las fuentes y a los diversos discursos sobre la salud y su problemática sin una selección previa del concepto, lo que me exigió definir las unidades de observación con el rigor que exige la complejidad de la problemática, así como los temas de indagación para estructurar el análisis.

No obstante esta opción estratégica, se requirió del conocimiento de la naturaleza, objeto de interés y desarrollos teóricos y metodológicos de las diferentes disciplinas, así como sobre la claridad de sus límites y posibilidades para un eventual diálogo a partir de las exigencias que planteaba el abordaje del problema. Se necesitó del aporte de las subdisciplinas de la antropología, la sociología, la economía, la política, la historia, la filosofía, la biología, la genética, ecología, epidemiología, la anatomía y fisiología, que a la manera de hilos tejen el presente texto, donde la compleja problemática de la salud oficia como el gran telar que condujo el tejido.

2.3 Metodología de la presente investigación.

Reconozco las limitaciones de cualquier elección tanto metodológica como teórica; es decir, la complejidad de la vida social no permite sino una aproximación de parcial a incompleta. También estoy convencido sobre lo inevitable de la participación de mis propios supuestos, prejuicios, motivaciones y deseos, de mi historia personal y académica, y de la teoría esbozada en la construcción de los datos requeridos para comprender el problema.

No es una verdad absoluta y única a la que la investigación ha llegado, porque existen varias realidades, y con este camino se pretendió llegar de la manera más coherente y rigurosa posible a una de ellas para comprender, y si es posible -en otro campo del accionar- influir en la sociedad en la que se realizó.

Los datos se entienden como construcciones emergentes de la relación que la investigación permite entre los individuos, sus prácticas y discursos, y quien investiga; de tal manera que la objetividad, más que como resultado final de la investigación, se percibió como una búsqueda permanente para orientar el proceso. Además, la comprensión a la que se pretendió llegar no buscó relaciones de causalidad lineal entre los diferentes elementos, sino flujos e interrelaciones, respetando la complejidad tanto del problema como de la vida social.

Para sortear los riesgos de no caer en uno de aquellos esquemas de racionalización que buscan construir sistemas lógico “perfectos” basados en la deducción o la inducción a partir de informaciones fragmentadas y parciales, opté por aproximarme al tejido sociocultural de los *Nasa* a través de una relación “yo”: sujeto social, con otros sujetos sociales en un

diálogo abierto entre lógicas de la vida cotidiana²³ y con el intelecto, donde reconocí interlocutores en las personas, en sus propios espacios, con sus subjetividades, afectos y desafectos, y con ellas encontré argumentos para ir construyendo realidades dialógicamente. No puedo dejar de informar que con los *Nasa* he compartido experiencias por aproximadamente unos quince años, y en unas épocas con más intensidad que otras.

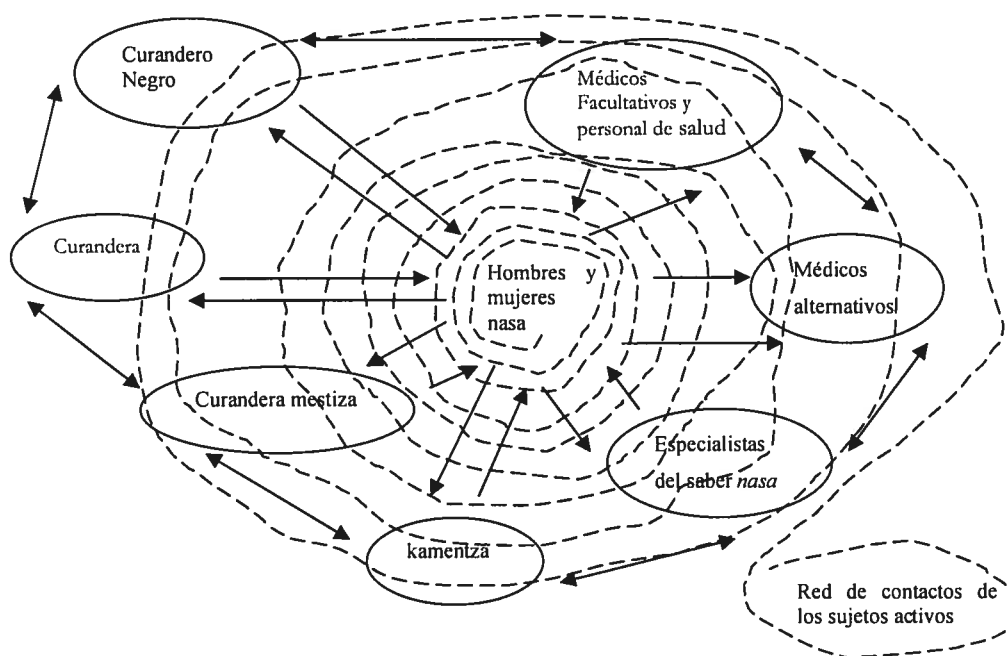
En coherencia con el marco teórico, me aparté de los conceptos abstractos e idealizados de comunidad, etnia, etc.; para relacionarme con sujetos activos claves²⁴: hombres, mujeres y familias *nasa* con variadas experiencias de vida y en especial con experiencias asociadas a los procesos de salud-enfermedad. Además de la relación con los *Nasa* que actualmente viven en el Resguardo de Tóez en Belalcázar, y en la zona rural del Municipio de Caloto; establecí contacto con otros, que no obstante estar por fuera de sus territorios circulando por el Departamento del Cauca, mantenían contacto con sus lugares de procedencia; de tal manera que tuvieron la capacidad de dar cuenta de su contexto cultural específico, pero también de sus dinámicas en los nuevos espacios.

Otros sujetos activos fueron los agentes de salud de los diferentes saberes y prácticas curativas que se fueron articulando en la red de contactos que los *nasa* iban develando en sus narraciones -curanderos negros, curanderos mestizos-. Red social que se fue tejiendo como lo muestra el gráfico No.1, y que poco a poco, además me puso en contacto con otras personas del sector institucional de la salud y de otros sectores, líderes, miembros de Organizaciones indígenas, y que se fueron contactando -según la pertinencia- en la tarea de trascender las personas hacia la sociedad.

²³ En toda sociedad existe una lógica (Levi Strauss nos habla de una lógica de lo sensible), y una racionalidad que permitió aprehender y significar el mundo para poder actuar, de tal manera que hay racionalidades en la estrategia de la cacería pero también en la elaboración de los útiles, en los usos y manejos de los recursos naturales, en los mitos, en la “magia” en la religión.

²⁴ Comparto la idea de Bibeau (1993:47) que dice: “[...] las declaraciones de informantes claves, bien seleccionados en un grupo dado, permiten identificar con tanta fidelidad como lo haría la epidemiología, los

Grafico No.1. La red de los sujetos activos.



El proceso de salud y enfermedad simultáneamente se vive, se siente, se interpreta al interior de la sociedad y la cultura, y cuando afirmo que se interpreta, me refiero tanto a la interpretación que hace quien se siente sano o enfermo, como a la que hace él medico u otro profesional, o el agente de otro saber de la salud, que pretenden, además de explicarla, modificarla; dentro de este ejercicio se entendió al sujeto social activo como la persona en cuyo interior habita parte de la sociedad, -en este caso la relacionada con el proceso de salud y enfermedad-, siguiendo el planteamiento de Moscovici (1985:18) que dice que “en cada individuo habita una sociedad: la de sus personajes imaginarios o reales, de los héroes

problemas mayores de este grupo, sea una categoría de personas como los jóvenes, o las madres con niños, o que se trate de una comunidad, o de un barrio de la ciudad”.

que admira, de los amigos y enemigos, de los hermanos y padres con quienes nutre el diálogo interior permanente. Y con los cuales incluso llega a sostener relaciones sin saberlo”

Esta definición sobre los sujetos activos me permitió desplegar una estrategia con mayores acentos sobre lo local más que sobre lo global, en lo particular más que en lo general, y me garantizó poner en evidencia la pluralidad de historias vividas que me llevaron a las visiones del mundo donde residen la pluralidad de las interpretaciones y los esquemas clasificatorios; y me condujeron también a evidenciar más globalmente las estructuras cognitivas y las prácticas, la multiplicidad de los contextos y la diferenciación interna en la construcción de sus saberes.

2.3.1. Campos de información.

La aproximación a los sujetos activos me demandó establecer cuatro grandes campos de información para promover la interlocución hacia el logro de los objetivos planteados por la investigación, que resultaron demasiados y bastante pretensiosos, al menos para esta investigación. Primer campo: con los agentes de salud de los diferentes saberes y prácticas médicas; Segundo campo: asociado con el saber de los hombres y mujeres *nasa*; Tercer campo: las características de la relación agentes de salud, persona enferma; y Cuarto campo: relacionado con las percepciones de las personas -no agentes de salud- que trabajan con las instituciones de salud.

2.3.1.1. Los agentes²⁵ de salud:

Ubicación histórica y sociocultural, caminos que marcaron su vocación, procesos de aprendizaje, sus concepciones sobre el cuerpo y las clasificaciones de enfermedades, tipo de relación con otros agentes, criterios de selección y ubicación de los centros de atención a las personas, expectativas que construye en relación con el sitio escogido para brindar atención, conocimiento previo de los códigos de salud y enfermedad de las zonas de procedencia de los pacientes y la sistematización que efectúa de esos motivos de consulta, consistencia interna entre estrategias planeadas y la percepción de los pacientes, por un lado; las estrategias planeadas y los conceptos propios del agente, por otro lado; y la articulación entre ambas percepciones, para ofrecer un "producto" eficaz tanto para el paciente como para el agente. ¿Con qué criterios realiza variaciones y cuáles introduce, en qué etapa de la consulta, cuál el objetivo que implica la variación para la acción de su poder?

2.3.1.2. Los hombres y mujeres *Nasa*:

Caracterización Sociodemográfica: Edad, sexo, estado civil, ocupación principal, origen, procedencia, religión, etc.

Concepciones sobre sus cuerpos para obtener la lógica interna ideal con que el paciente construye su modelo de identidad de sí mismo y sus sistemas de clasificación y ordenamiento de su saber.

Concepciones de su "naturaleza", de cómo está hecho y funciona su cuerpo. Información sobre la clasificación de las enfermedades que pueden afligirlo; las causas de las

²⁵ Desde éste momento con el término "agente" me referiré a los operadores de un saber y práctica curativa, cualquiera que ella sea.

enfermedades; el (los) tratamiento(s) que requiere cada una de las enfermedades; el (los) agentes que debe(n) tratar cada una de las enfermedades y cómo deben hacerlo.

Clasificaciones de las enfermedades, etiologías, agentes y tratamientos de la medicina occidental alopática que el paciente maneja, como una de las ofertas que tiene a su disposición.

Criterios utilizados para determinar sus motivos de consulta, su área afectada; cómo determina el tipo y la intensidad del daño que sufre; los criterios de selección de los agentes que previamente ha consultado, si esto ha ocurrido; las razones por las cuales los descartó.

Uso paralelo de varias ofertas.

Las expectativas que el paciente tiene de la consulta: para reconstruir la dinámica del sistema de opciones para tratar el motivo específico de consulta y el modelo ideal de la consulta en sí, contemplando aquí, la representación de los poderes que se mueven al interior de ésta, junto con su alcance, lo cual deriva en la percepción ideal que tiene el paciente del agente escogido.

Criterios que incidieron la escogencia del agente; el proceso y el tiempo para sanar de acuerdo al mal y al poder del agente; la forma como espera ser diagnosticado; los elementos que cree intervendrán en él diagnóstico; el tratamiento que cree le va a formular; el concepto de poder que el agente utilizará para resolver su problema; como piensa que este poder actúa sobre su cuerpo; cuales son los signos externos de este poder.

2.3.1.3. Las relaciones agentes de salud-personas enfermas:

Preparación del espacio de la consulta.

Calidad de la relación establecida entre agente y paciente; estrategias para disminuir la ansiedad en las personas e inducir la confianza en el poder del agente.

Motivo de la consulta y antecedentes del motivo de consulta.

Diagnóstico: como se determina el área afectada y su afectación; que elementos o instrumentos rituales entran en este procedimiento, cual es la secuencia utilizada, para qué?

Grado y calidad de la participación del paciente en la elaboración del diagnóstico.

Según el grado en que ha sido afectado el paciente, existe la posibilidad de tratamiento por parte de este agente u otro?

Dentro de que código de salud y enfermedad el agente explica el área afectada, qué la afectó y como, la intensidad, y la razón de la enfermedad? Explica sólo algunos de estos aspectos, cuales y cómo?

Tratamientos escogidos, códigos de explicación.

Reacción del paciente: confirmación o desacuerdo por los diferentes pasos, de la consulta.

Finalización de la consulta: ¿cómo termina el acto de la consulta, que explicaciones se dan sobre el proceso de curación, el grado y tiempo que tomará? Se cita a nuevas consultas o a procedimientos especiales?

Dispositivos de protección: Realización de procedimientos especiales de limpieza o protección después de la consulta.

2.3.1.4. Las percepciones de las personas de las instituciones de salud.

Percepción sobre su Sistema Institucional, sobre sus pacientes, otros agentes de salud en las regiones y sus tratamientos y su eficacia.

Modelos que elaboran sobre sus pacientes y sobre los servicios que se prestan y la forma como se hace.

Conceptos del cuerpo, clasificación de enfermedades, diagnóstico, etiología, tratamiento, pronóstico según enfermedades más frecuentes. Ubicación y organización ideal de los servicios oficiales de salud. Modelo ideal de los pacientes que acuden a estos servicios. Relaciones entre el personal de salud y el paciente en cada uno de los programas. Personal de salud involucrado. Para que creen que los pacientes asisten a esos programas. Relación con el paciente, cómo se establece, calidad y la duración de la misma. Varía con el motivo de consulta o con el paciente?

Criterios de ubicación del sistema local de salud. Origen, procedencia y estabilidad laboral del personal involucrado en atención a las personas. Mecanismos para obtener conocimiento sobre la población y su aplicación en los programas que ofrece; programas de atención funcionando, su cobertura y como funcionan? Áreas conflictivas de los programas, por qué? Que soluciones se han intentado? Han fracasado?.

Grado y calidad del conocimiento de los códigos de salud y enfermedad de los pacientes y de sus sistemas de opciones. Dificultades de comunicación con los pacientes cuando ellos explican sus problemas o cuando se les explica el diagnóstico o el tratamiento, o el desarrollo de programas. Explicaciones de estas dificultades. Existencia de programas con agentes de otros saberes diferentes a la oficial, objetivos, alcances, justificaciones.

El personal de salud ha realizado aprendizaje de los códigos de salud y enfermedad, como los aprendió? Son un obstáculo, una ayuda, indiferentes para el programa en que trabaja cada uno? Existencia, alcance y calidad de programas que relacionen los servicios de salud con las culturas médicas tradicionales

Para adentrarme en estos cuatro campos de información en concordancia con una empresa interpretativa, tuve muy en cuenta el postulado de Levi-Strauss y de muchos otros etnólogos que plantean que una cultura existe en la medida que es dicha, es hecha, es ritualizada (*sensu* Levi Strauss 1982), y por otro lado la recomendación realizada por el equipo de investigación compuesto por Corin, Bibeau, et. Al. (1990:20) que complementa la anterior en términos operativos cuando enuncian que deben incluirse tres factores fundamentales: a) entrar en diálogo con el medio dentro de una escucha atenta a lo que dicen las personas, b) compartir en la proximidad de la vida cotidiana, y c) posibilitar las condiciones para hacer surgir el sentido y ampliar las interpretaciones antes realizadas por las gentes mismas; y además agrego qué, en a) caben los relatos, en b) caben las biografías y en c) cabe el mundo de las representaciones y los símbolos.

2.3.2. Tres niveles de aproximación y análisis

Intenté seguir la estrategia de investigación propuesta por Bibeau, y que hace algunos años ha venido influenciándome, y que hoy me convence más de su utilidad, porque integra “de manera original los conceptos mayores que se encuentran en las aproximaciones interpretativas, fenomenológicas y críticas”. Si los hechos, las prácticas y los comportamientos poseen un lenguaje, tal propiedad impone un modelo “factual, narrativo e interpretativo” con la participación importante de la gente al describir, decir e interpretar lo que acontece en su medio; estrategia que ha llamado: aproximación “semántico-pragmática” (Bibeau, 1993: 48-51) En esta perspectiva los cuatro campos de información fueron abordados según los tres niveles de la aproximación de esta propuesta en mención. Se presentaron de manera separada, pero hay momentos de la investigación en que estos niveles se cruzan.

2.3.2.1. Primer nivel

Partiendo de las apariencias. La apariencia es la cara oculta de la realidad constituida por estructuras subyacentes a los hechos y a las manifestaciones culturales: “*toutes cultures sont construites de façon telle que les mécanismes qui les font marcher échappent souvent largement à la conscience des personnes qui en font partie*” (Corin, Bibeau, et. al, 1990: 20); de tal manera que de un modo más o menos explícito, las representaciones de la cultura y de la sociedad se presentan como ideologías o sistemas complejos, y es al trascenderlos como nos aproximamos a la realidad:

Se recuperaron los informes institucionales y académicos relacionados con la problemática y se analizaron las apariencias de las realidades allí plasmadas.

Se releyó en el registro etnográfico sobre el Cauca que habita en mi memoria.

Se recuperaron los contactos con las personas y las familias *nasas* en Tóez Tierradentro y Tóez Caloto, se refrendaron las viejas amistades y se rememoró la idea central de la investigación ya planteada en el trabajo de terreno del año 2004, para obtener sus impresiones iniciales.

Se construyó con los *Nasa*, alrededor de los objetivos de la investigación y los campos de información ya descritos, las estrategias para reflexionar y construir conjuntamente y así renovar los intereses y comprometer la participación tanto en ámbitos personales, familiares y de sus organizaciones; de igual manera se hizo con personas de las instituciones, y las organizaciones comunitarias para convocar la participación en el proceso de investigación.

Se promovieron y se realizaron las entrevistas estructuradas en encuestas con la participación de los cabildantes para obtener una información contextual cuantificable de tipo etnográfico, geográfico, demográfico, epidemiológico, ambiental, social, económico, político, etc., de los asentamientos del Resguardo *nasa*. (Ver anexo No.1. Encuesta) Se realizaron 156 encuestas en Tóez Caloto y 18 encuestas en Tóez Tierradentro.

Se lograron las primeras narraciones asociadas a los itinerarios seguidos por las personas enfermas y sus familias en el propósito de recuperar su salud y se identificaron los agentes de salud a los que se acude con mayor frecuencia.

Se realizaron las primeras entrevistas formales a los agentes de salud, mujeres y hombres *nasa* como usuarios de sus servicios, de acuerdo a los campos de información ya descritos, que sirvieron de ficha de entrevista, así como al personal institucional de salud oficial y no oficial.

Provocando relatos. En este paso ha sido clave el aporte de la sociolingüística, la etnolingüística y la semiótica, tanto en las destrezas para obtener los relatos como para su posterior análisis. El reto de la presente investigación giró todo el tiempo en la forma como se recuperaba la información narrada y su posterior análisis; es el lenguaje en sus diversas manifestaciones el que nos permite el encuentro; además es el lenguaje el espacio en el cual el hombre organiza su mundo, orienta las experiencias y posibilita las formas de pensar y actuar y cumple las funciones de mediación entre: el hombre y el mundo, el hombre y otros

hombres, el hombre consigo mismo, y donde la interpretación es posible por la existencia del lenguaje. Los hechos son expresados en el lenguaje de los relatos, “y es la segunda razón que invita a completar la antropología factual con una antropología narrativa”. (Bibeau, 1993:47).

Teniendo en cuenta que los *Nasa* poseen su propia lengua el *nasayuwe*, la dimensión precedentemente enunciada recobró mucha mas importancia. A la luz de la etnolingüística se evidenciaron aspectos problemáticos de incidencia negativa en la etnografía que tenían que ver con la traducción de la cultura, y la preocupación se centró en como cualificar la etnografía, cuando el castellano en ocasiones difícil de comprender, se ha constituido en el medio de comunicación más frecuente entre nosotros y los *Nasa*, y en el que anteriormente se han hecho incursiones analíticas en el campo de -lo que se ha creído- la lógica, racionalidad, percepciones y concepciones *nasa*.

Son muchos los ejemplos, aquí comparto uno que da cuenta de traducciones poco adecuadas con dudosas repercusiones en el ámbito epistemológico²⁶:

El termino *tʰeʔ wala* ~ se traduce corrientemente al castellano como médico tradicional, y según esta acepción es “la persona que cura”²⁷, pero en *nasa yuwe* es el hombre grande (*theʔ*: hombre, *wala*: grande), el hombre sabio, consejero político, alquimista espiritual de lo natural y lo social, su rol social es más amplio que el desarrollado por un médico en nuestra sociedad actual.

²⁶ Gleason en su Introducción a la Lingüística Descriptiva, y en los capítulos referidos a Los Morfemas y su Identificación, llama la atención varias veces sobre este aspecto: “La traducción es un medio muy inadecuado para expresar significados y ha de utilizarse siempre con gran cautela” (Gleason:1970:113). “La traducción sólo puede ser adecuada donde las estructuras de contenido de las dos lenguas coincidan, y estos lugares son demasiado poco frecuentes como para depender de ellos. Cuando haya que utilizar la traducción... hay que estar constantemente alerta contra sus errores” (Gleason: 1970:82).

Los trabajos de investigación hasta ahora desarrollados en el campo de los saberes asociados con la salud y la enfermedad entre los *nasa*, poco han tenido en cuenta el aporte lingüístico (Bernal, 1953, 1954, Cerón-Montoya, 1984), y otro, como el que vengo desarrollando hace algunos años, ha descubierto la necesidad de ir profundizando interdisciplinariamente dicha realidad en el eje lengua-cultura, cuerpo-cultura.

De tal manera que para provocar los relatos tuve en cuenta dos aspectos fundamentales en la práctica: a) Un desarrollo etnográfico acerca del territorio y la relación entre el cuerpo y el cosmos en los rituales *nasa*, a través de discursos orales en español pero cada vez más cualificados (trabajos anteriores) con el análisis lingüístico de aspectos fundamentales que todavía son mínimos ante la inmensa riqueza de la lengua *nasa yuwe*, b) Un análisis de la lengua *nasa yuwe*²⁸ a través del vocabulario logrado en el contexto etnográfico, de acuerdo con los requerimientos del análisis.

Como técnicas fundamentales se tuvieron en cuenta:

El trabajo con sujetos activos en el rol de narradores²⁹, especialmente con los *t'hé wala*, y las *tut, m'bahisa*, ancianos de la comunidad, en los espacios de la cotidianidad, recorriendo y "leyendo el territorio", o en los espacios artificiales -talleres- que se construyeron motivados por mi interés para obtener información más puntual, después de las revisiones críticas sobre los materiales.

²⁷ En adelante, los términos que aparecen entre comillas, sin una referencia, corresponden a afirmaciones hechas por los *nasa*, y se diferencian de las glosas en español que siempre se encuentran a continuación de una palabra en *nasa yuwe*.

²⁸ Ver Portela H., Tesis de maestría en Lingüística, Universidad del Cauca, 1998. Popayán. y Portela H. La relación cuerpo-cultura en los compuestos sintácticos de la lengua Páez. En Revista de la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Volumen No.3. 2000. Popayán.

²⁹ Se hace referencia a narradores como sujetos sociales activos y no a la metodología clásica de informantes únicos porque la experiencia registra el encuentro con personas que no se limitaron a dar respuesta pasiva a los requerimientos de información, sino que participaron activamente en los procesos de comunicación. Los términos aflorados a partir de reflexiones sobre la cotidianidad, permanentemente se contextualizaron, evitándose la relación clásica interrogante - interrogado.

Los dibujos sobre el cuerpo humano, trabajados con niños, maestros y maestras, los *t'he' wala*, las *tut*, *bahisa* y otras personas de la comunidad -diferentes edades y sexo- en el ámbito individual o en talleres. También dibujos de cuerpos de animales: cerdo, culebra, -importantísimos en la mitología *nasa*-, gallina, vaca, y dibujos de árboles (Ver anexo No.2)

El haber partido de dibujos sobre el cuerpo humano *nasa*³⁰ ha permitido contextualizar la respuesta en términos de cultura y ha evitado -en lo posible- la traducción literal mecánica.

Se abordó el tema recogiendo en lengua *nasa yuwe* el vocabulario del cuerpo para luego ponerlo en relación. En una perspectiva semántica -conceptual, en la medida en que dicho vocabulario da cuenta de relaciones espacio- temporales y de nexos de conocimiento con otras esferas de la producción social del conocimiento y -en mayor medida- de ese gran proceso complejo de significaciones que es una cultura.

Con este material, más toda referencia hecha por las otras vías, médica y antropológica, recogidas y anotadas se afrontó el análisis que se evidencia en 4.1.

Es decir que a partir de las apariencias en el orden del lenguaje cotidiano, se estimuló en los sujetos activos su capacidad para el análisis; y además, sobre las primeras informaciones de una aparente realidad se estimuló la narración (con experiencias anteriores en su mismo espacio u otros parecidos, por ejemplo) para que en "contextos de familia, de trabajo, de relaciones interpersonales", en contextos de "la problemática de la enfermedad de las personas" o de la "problemática de la familia y del entorno", relataran sus experiencias con más detalle. Se dejó fluir el relato y se solicitó la narración de historias concretas sobre las

³⁰ Los dibujos surgen del análisis de cómo recoger la información. Hay varias formas: Pedir al narrador que: a) traduzca la terminología de nuestro cuerpo, sea esta general o especializada, y b) nombre las partes del cuerpo para luego traducir y con esta base hacer el análisis. Finalmente, c) Partir de dibujos del cuerpo humano Páez para ir por esa vía explorando la conceptualización que la lengua hace.

problemáticas de interés, sobre las vivencias actuales o pasadas, relativas a casos vividos o conocidos directamente por el narrador, de tal manera que se pudo lograr una información sistemática y suficiente para conformar un cuerpo de relatos relativamente representativo.

En este ejercicio de reflexión permanente con los *Nasa* en la cotidianidad se hizo conciencia de la existencia de dos términos en *nasa yuwe*: *euwa* y *euna*; el primero se develó cuando las personas en sus narraciones informaban sobre aspectos de la cultura en sentido afirmativo, “así es”, “es la costumbre”, “pero no me consta que haya sido así”; y el segundo *euna* cuando se referían a experiencias vividas por el narrador “me consta porque yo he vivido esa experiencia”. En este contexto verbalizar las diferentes experiencias tratando de lograr un *euna* y no un *euwa* requería que la expresión discursiva respecto a las razones ideológicas, políticas o religiosas de dichas diferencias no se asumiera haciendo una defensa a ultranza de las mismas, pues de hacerlo así las argumentaciones por más lógicas y brillantes que fueran sólo originarían un *euwa*, y realmente trascender de *euwa* a *euna* era un paso importante para superar las apariencias.

Con esta práctica se procuró trascender la información de las encuestas desarrolladas en un primer momento y sobre todo la información epidemiológica que objetiviza y estandariza los problemas de salud de la población, porque se partió del universo de las representaciones colectivas que prevalecen dentro de la comunidad, poniendo a un lado las definiciones profesionales de las enfermedades (tal como lo proporcionan los tratados de patologías o la clasificación internacional de enfermedades), y se centró sobre la propia descripción de los *nasa* sobre sus problemas. De tal manera que la comunidad participó del proceso en la medida que identificó, describió y nominó sus propios problemas de salud a través de la semiología popular, en lo que Corin, Bibeau, et Al, (1990: 43) han llamado “sistema de signos”.

Los relatos provocados mediante las entrevistas informales, se dejaron fluir, y se buscó la manera para que en el momento del relato, o en otros momentos -después de una

sistematización inicial- se llenaran los vacíos de discontinuidad generados por la misma narración hacia el encuentro con la semiología a través de preguntas:

“Sobre manifestaciones del problema o la enfermedad, primeros síntomas, cambios, evolución [...] Es la semiológica popular que se busca comprender a través de estas preguntas sobre los síntomas de una enfermedad o una patología social; en este plano es establecer cuales son las señales o indicadores a partir de los cuales un grupo de personas considera que una persona esta enferma o que tiene un problema, que su estado se mejora o se agrava, o se vuelve crónico.” (Bibeau, 1993:49-50).

A partir de un primer análisis de la información -en el momento inmediato al de la terminación de la primera narración o en otro momento- , se promovió un relato mediante una entrevista estructurada con preguntas que promovieran sus propias explicaciones sobre las causas de problemas, existencia y razón de diferentes explicaciones, estabilidad y permanencia de las explicaciones a pesar de los cambios en la realidad sociocultural, así como sobre los consensos sobre las explicaciones. Cuestiones que se refieren a lo que Bibeau ha llamado “el sistema de sentidos o significados y se dirigen a esclarecer los sistemas populares de interpretación (los modelos explicativos de Kleinman) a partir de la manera que ellos son colocados en los casos concretos de enfermedad” (Bibeau, 1993:49-50).

Además de las dinámicas de los relatos que nos condujeron al “sistema de signos” y las entrevistas estructuradas o preguntas que nos llevaron a los “sistemas de significados”, con respecto a las causas de las enfermedades o de los problemas, se pudieron hacer otro tipo de preguntas sobre:

“[...] Las relaciones del entorno frente a la situación y sobre los procesos emprendidos para encontrar una solución al problema. Este conjunto de reacciones y de procesos hace parte de lo que llamamos el sistema de acción:

es un conjunto de prácticas y de comportamientos, donde la estructura lógica interna no se comprende, sino se abre el telón de fondo de la semiológica popular y del sistema interpretativo existente dentro de un grupo dado. Es, por esta razón, que nosotros creemos legítimo colocar la antropología médica sobre una aproximación “semántica-pragmática” de los problemas que se encuentran en las comunidades” (Bibeau, 1993:49-51).

La definición de la cultura como un sistema de sentidos, concepto fundamental del presente trabajo, adquiere su aplicabilidad cuando se incorporan las explicaciones e interpretaciones que las comunidades han elaborado históricamente para dar un sentido a sus problemas.

Escuchando muchas voces e interpretaciones. La multi-vocalidad y pluralidad de voces e interpretaciones en los diferentes talleres con la comunidad y el encuentro con los diferentes sujetos activos se registraron con toda su fidelidad, sin ningún tipo de mutilación o reinterpretación, porque las descripciones de los hechos y los relatos frecuentemente se acompañaron de comentarios, interpretaciones, explicaciones más o menos elaboradas en esquemas de análisis que dan cuenta de una sorprendente complejidad; luego se intentó una aproximación a los puntos de vista desde los cuales la gente hizo sus interpretaciones, para enseguida ensayar la identificación de la pluralidad de sistemas de referencia que sirven de matriz interpretativa, y finalmente se compararon los diversos discursos explicativos de los diferentes actores sociales, con el propósito de evidenciar como estas explicaciones son puestas en juego en situaciones concretas de problemas o enfermedades. (Bibeau, 1993:51-56).

En esta parte hubo una importante participación de los sujetos activos en la determinación de la importancia relativa de los diferentes tipos de problemas, como los particularmente significativos -no tanto a cuantificarlos-, y por otra parte, a describirlos claramente en las formas que tomaron y que son modeladas por fuerzas contextuales que escaparon en buena parte al sólo dominio de los individuos.

Más allá de las primeras interpretaciones. La antropología se construye en las interpretaciones de segundo nivel, basada en el pensamiento de las personas con las que ella trabaja:

- a) Siguiendo con la propuesta del equipo de investigación Corin, Bibeau, et Al. (1990) se continuó con un ejercicio de doble hermenéutica que consistió en abordar los datos etnográficos o relatos sobre problemas de salud, después que habían incorporado un primer nivel explícito de interpretación por los narradores que además habían aportado un mayor sentido a las descripciones.
- b) Se tuvo en cuenta esta interpretación y se acrecentó bajo un criterio de ponderación que fue posible gracias a la información de contexto disponible entre los otros insumos de la investigación, para hacer relativo el discurso del narrador.
- c) Se prolongaron las interpretaciones que hizo la gente, se hicieron emerger los sentidos que escapaban a los sujetos, a través de los líderes “intelectuales” que sirvieron de intérpretes y analistas locales intentando nuevas lecturas, dentro de un proceso de control, corrección y confrontación; donde se corroboraron pero también surgieron nuevas interpretaciones.
- d) La puesta a punto de las interpretaciones de segundo nivel se hizo, inevitablemente, a través de un proceso que implicó necesariamente una “contaminación” de las categorías culturales de los miembros de las comunidades por las teorías y conceptos de las ciencias sociales, y es probable que se haya filtrado la traducción de las categorías de la gente a aquellas propias del mestizaje cultural de donde provengo.

La exigencia de un conocimiento de las culturas locales y de las condiciones contemporáneas de funcionamiento conduce a hablar de dos aspectos esenciales de lo que

puede ser una antropología médica para nuestro tiempo, como lo plantea el profesor Bibeau, aspectos que se encuentran en el segundo y tercer nivel:

2.3.2.2 Segundo nivel :

Identificación de “dispositivos patogénicos estructurales”. (Bibeau, 1993: 57-62). Los fenómenos están íntimamente vinculados entre lo intrincado-enmarañado de la historia social y las trayectorias personales, entre lo social y lo individual; y para interpretar su dinámica es necesario situarse dentro del orden colectivo sobrepasando los análisis de los comportamientos individuales sin desatender el estudio de las variaciones entre las personas que comparten el mismo contexto de la vida.

En cada uno de los asentamientos *nasa* relativamente homogéneos se desarrolló un trabajo de caracterización global del grupo, evidenciando el todo con atención a las trayectorias individuales, donde las historias individuales se completaron con las “etnografías pertinentes” sobre los grupos para reconstituir el medio social, cultural y económico donde viven las personas cotidianamente. Es en la interacción entre los procesos colectivos y las trayectorias individuales que surge una comprensión adecuada de las condiciones en que se desarrollan los principales problemas de los grupos así como las estrategias para afrontarlos.

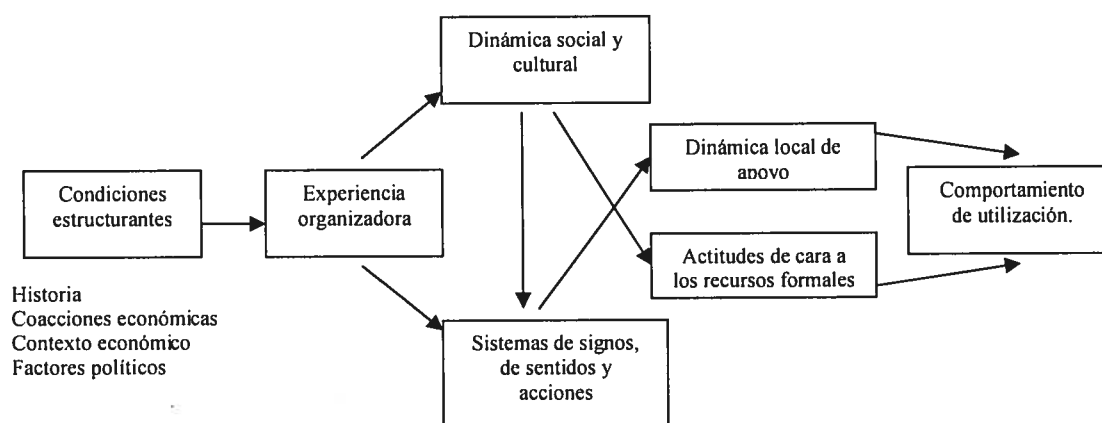
Para comprender mejor los diferentes elementos del contexto que se entrecruzan para formar las “condiciones metas” o “dispositivos patogénicos estructurantes” específicos a cada grupo, acogí los dos conceptos que el equipo de investigaciones de Corin ha elaborado para comprender mejor la casualidad de los problemas que predominan en un medio dado. Estos dos conceptos centrales para los análisis etiológicos son: “condiciones estructurantes” y “experiencia organizadora colectiva”.

Por “condiciones estructurantes” se hizo alusión a las restricciones del ambiente, al estilo de poder político y de desarrollo económico, a las herencias históricas y a las condiciones cotidianas de vida que se imponen a un grupo humano, que modelan su cultura desde el exterior y que ponen limites al juego de los actores sociales; concepto que permite aislar en el esquema interpretativo, todo aquello que se destaca del macro contexto y que puede escapar al dominio de las personas individuales.

El segundo concepto de “experiencia organizadora colectiva” ha sido utilizado para referirse a los elementos mayores del universo socio-simbólico de un grupo, así como a su proyecto fundador, es el que mantiene la identidad de un grupo por generaciones y que hace perdurar en el tiempo la arquitectura de su sistema de valores y de su organización social.

El análisis se dirigió a poner en evidencia las articulaciones centrales porque ambas confluyen, las primeras dentro del orden de las condiciones objetivas, y las segundas aparentan estar más en el orden subjetivo de las percepciones y las estrategias.

Grafico No.2. Contexto de los comportamientos y procesos de salud.



Fuente : Corin, Bibeau, et.al,1990 :49

2.3.2.3. Tercer nivel.

Elaboración de la etnografía de contexto. La problemática de la salud con sus condicionantes patológicos y estrategias terapéuticas atraviesan todos los espacios de la sociedad, en íntima comunicación con las concepciones cosmológicas, los modelos de organización socio-político y familiar, las maneras locales de pensar y explicar las cosas, así como la concepción que se tiene de la persona, del cuerpo y de la vida general.

La antropología en este trabajo pretende develar la problemática más sobresaliente según el grupo *Nasa* y los dispositivos patogénicos estructurales que les modelan partiendo de las características dominantes de la cultura.

En su cometido, se procuró una etnografía circunscrita a dos asentamientos históricamente determinados y socio culturalmente homogéneos, y que es pertinente porque:

- Es una etnografía guiada por la problemática de lo local hacia lo global en tanto tiene lazos directos y explícitos con el problema de estudio. Se evita la tendencia inversa que va de lo general a lo particular y desde lo formal de las clasificaciones estáticas; esta opción creo que es garantía de lealtad a la estructura del discurso *nasa* y del pensamiento de la vida cotidiana, que según Bibeau (1993:53) permitirá sin duda, corregir uno de los mayores errores de la investigación contemporánea de la antropología médica.
- Involucra los diferentes componentes que se tejen en la configuración del problema -como el económico, el político, el sociológico, el psicológico, el afectivo, el mitológico, etc.- y que teniendo en cuenta las partes y el todo, el todo y las partes, las partes entre ellas, lo ubica en contexto para la adquisición de sentido.
- Pone en evidencia la diversidad de “condiciones estructurantes” y de las “experiencias

organizativas” que son la base de las comunidades humanas.

- Inserta sus informaciones en la multidimensionalidad de la problemática de la salud con un ser humano biológico, psíquico, social, afectivo, racional, y con una sociedad en sus dimensiones históricas, económicas, sociológicas, religiosas.
- Presenta un análisis a profundidad de las dinámicas sociales y comunitarias así como los sistemas de valores que prevalecen dentro de un medio particular.

Comparación etnográfica. La realidad es concebida como un puzzle del cual no se sabe, a priori, el orden de las piezas ni el modelo original, sino que es a partir del trabajo antropológico y la estrategia metodológica plasmada en esta propuesta, así como del esfuerzo analítico e interpretativo, que la realidad de la problemática fue mostrando las relaciones entre las “condiciones estructurantes” y la “experiencia organizadora colectiva”. No obstante, la afirmación que hice en el proyecto investigación de no requerir inicialmente un diseño de investigación completamente definido, aunque si riguroso, fue necesario establecer las unidades de observación como los campos objetos de investigación, para poder garantizar el análisis comparativo entre los *Nasa* de los dos asentamientos.

Fue imprescindible el ordenamiento del proceso de obtención de información a través de una matriz de encuesta etnográfica que en su generalidad contribuyó a dar cuenta de lo que se observa, lo que se pregunta, lo que se deja al relato o a las historias de vida, y lo que se recupera documentalmente.

La matriz en función de los contextos inmediatos, micros y macros se relacionó con la dinámica socio-demográfica, familia, dinámica social, tradición cultural, cambio cultural, valores socioculturales, comunicación interna y externa al grupo, educación, economía, política, dependencia y autonomía, medio ambiente-territorio, cuerpo humano, alimentación, salud y enfermedad, recursos de salud formales y no formales.

Teniendo en cuenta que era necesario reconstruir el campo de las percepciones sobre la problemática de la salud desde el punto de vista de los sujetos activos, fue importante para encontrar las relaciones entre “condiciones estructurantes” y la “experiencia organizadora colectiva”, buscar ejes en la dinámica sociocultural para comparar y lograr el cometido.

Después de un análisis cuidadoso decidí retomar en esencia la experiencia de Corin, Bibeau, et Al. (1990: 58-60) de tres ejes para articular la información obtenida, con ajustes sugeridos en las discusiones con los *Nasa* en los talleres de análisis realizados.

Permanencia y transformación cultural uno de los ejes sugeridos en vez de integración desintegración. El individuo esta adscrito a una tradición sociocultural con la cual interactúa permanentemente y con ella se encuentra íntimamente ligada su experiencia de salud y enfermedad; es una tradición que no es estática, se encuentra en un movimiento entre permanencia y transformación, entre historia, presente y mañana.

Se tuvieron en cuenta las siguientes dimensiones: la dinámica socio-demográfica, la familia y su dinámica, la vivienda, el panorama de salud, la educación y la cultura, la lengua, los aspectos económicos, la minga, convivencia y conflictividad cotidiana, .

Autonomía-dependencia: Por el contacto con otras culturas los grupos socioculturales van perdiendo los sustentos materiales e ideológicos de su identidad y van entrando en relaciones de dependencia que terminan por transformar todo el andamiaje que sustentaba el bienestar individual, social y colectivo, dentro de un gran macro contexto político y socioeconómico. Se tuvo en cuenta la dinámica relacionada con la persistencia cultural, propias formas de gobierno y autoridad.

Dialéctica entre la fuerza étnica interior y el mundo de afuera. Así como en la relación intercultural se debilitan ciertas fuerzas que cohesionan, otras pueden fortalecerse

generándose procesos de interacción y nuevas construcciones culturales, en lo que podría denominar un permanente ciclo de abertura-cierre-redefinición-abertura. Se tuvieron en cuenta los aspectos relacionados con el sentido de territorialidad, identidad, el concepto propio de historia, la memoria, y la lengua.

CAPITULO 3

Las comunidades *Nasa* (Páez)

Se ubica a las comunidades *nasa* en el contexto regional de lo étnico y la modernidad en el Departamento del Cauca en el sur-oeste colombiano, para luego entrar en las especificidades y particulares de los *Nasa* sujetos del estudio en sus regiones de Tierradentro y Caloto. Luego una etnografía que incluye un contexto etnogeográfico clave para comprender la cosmovisión *nasa*, y tres ejes de comparación sustentados en la permanencia y transformación cultural, autonomía dependencia, y dialéctica entre la fuerza étnica interior y el mundo de afuera.

3.1. En el contexto regional de lo étnico y la modernidad.

El Cauca es uno de los departamentos con mayor riqueza socio cultural del país: concentra aproximadamente el 21% de la población indígena,³¹ el 10% de los grupos (indígenas)³² el 22 % de los territorios (indígenas)³³ y el 10.5% de las comunidades negras del pacífico³⁴. A la vez se pueden colegir de la información departamental disponible que de una población proyectada a 2003 de 1'178.977 habitantes 169.664 (14.2%) son indígenas y 73.174 de (6,1%) son afrocolombianos ocupantes todos de espacios étnicos (resguardos, comunidades civiles, parcialidades, propiedad colectiva) y que de las 2'930.700 hectáreas del departamento 598.365.4 hectáreas (20,4%) corresponden a territorios indígenas y 818.400 hectáreas (27.9%) a los tres municipios del Pacífico objeto en casi su totalidad de la ley 70 de 1.993, que establece la propiedad colectiva para las negritudes.

³¹ La CRC calcula en 169644 indígenas del departamento y el total nacional está alrededor de los 800 mil indígenas

³² Hay 8 grupos indígenas en el departamento de 81 que tiene el país.

³³ Según la CRC los indígenas ocupan 598.367.7 hectáreas y en el país los resguardos suman cerca de 27 millones de hectáreas

Si a todo esto se agregan las dinámicas que las distintas disposiciones legales o institucionales han generado a favor de lo étnico, la organización política y el hecho que en virtud a sus sistemas de control espacial en algunas zonas y localidades las comunidades étnicas son mayoría demográfica, se tiene que la trascendencia contemporánea de los procesos de construcción y afirmación étnica de la región son esenciales en el presente y futuro de la misma. ¿Cuáles son las claves de la persistencia de los grupos étnicos en el Cauca?. La antropología y la etnohistoria tienden a ubicarlas en sus capacidades endógenas de resistencia y adaptación, pero más allá de éstas hay que indagar sobre la conjunción de variables y circunstancias relativas al sistema de relaciones en que se inscriben o han sido inscritas, y se pueden considerar características de las estructuras locales, y por eso antes que todo, se requiere interpelar la historia regional.

Aunque no hay estudios historiográficos que muestren cuál pudo ser la importancia de la región en la construcción del proyecto nacional, en esta contextualización manejo la hipótesis de que la relación en el siglo XX y principios del XXI ha sido inversa a la dada en siglos precedentes, es decir, que la otrora relevancia del Cauca es desplazada progresivamente a mayores niveles de marginalidad en la medida que los factores (nacionales) de integración económica y política se han concentrado en otras regiones del país, generando para el Cauca una configuración territorial cifrada por la fragmentación.

Se podría afirmar que en la época colonial los distintos proyectos de La Corona Española hicieron del Cauca uno de los principales centros de decisiones y de negocios, primero porque facilitaba la comunicación entre Quito y Santa Fé, pasando por el Huila y el Valle del alto Magdalena, a través de la cordillera central, segundo, porque permitía controlar explotaciones importantes de oro como las de Almaguer, Caloto y Cartago -también del Pacífico- (Colmenares, 1.987:13-47); y, tercero, porque integraba a un fenómeno bastante

³⁴ Los tres municipios del pacífico Caucaño tienen 81.304 habitantes, de los cuales se estima que el 90 % son negros, o sea 73.174, de cerca de 700 mil que tiene toda la región del pacífico Colombiano.

complejo las haciendas con la economía del oro, dentro de un sistema de relaciones sociales favorables para que unas pocas familias concentraran los excedentes generados por la minería, el comercio, y las haciendas mismas, y a la vez tuvieran una indiscutible supremacía política. De hecho eran dueños de grandes cuadrillas de esclavos bozales -Los traídos directamente del África- que alcanzaban a comercializar con los hacendados del Valle del Cauca cuando no eran ellos los dueños de tales haciendas³⁵.

Este juego de interdependencias entre las tres actividades en mención, otorgó a las elites económicas y políticas una enorme versatilidad para sobrevivir a los vaivenes de la economía colonial. En el primer ciclo del oro, (1550-1620), por ejemplo, Popayán como gobernación fue uno de los principales ejes mineros a costa de la disminución física de los indígenas obligados a trabajar en las distintas minas, y en efecto la necesidad de ampliación de cuadrillas de esclavos para garantizar máximos rendimientos en unas explotaciones carentes de sofisticación tecnológica.

Como consecuencia, un declive económico que llevó a una intensa movilización de mano de obra esclava y merma en la funcionalidad de las haciendas, que obligadas se replegaron sobre si mismas intentando desarrollar toda suerte de mecanismos de sujeción de los indígenas a la tierra; de tal manera que el segundo ciclo del oro (1680-1820) se tradujo en la exacerbación del comercio de esclavos, mientras que los indígenas eran sistemáticamente involucrados en el sistema de las haciendas que a la postre se consolidó como una realidad socio-cultural autoreferenciada compuesta por “complejos procesos de negociación y de adaptación a condiciones generales de aislamiento” (Colmenares, 1978: 41) aún a expensas de una aparente irracionalidad productiva en el sentido que tendían a articularse cada vez menos al resto de sectores y actividades.

³⁵ Germán Colmenares (1987: 37) Afirma Que las familias Arboleda, Mosquera, Caicedo, etc., compartieron la supremacía durante el siglo XVIII con inmigrantes mas recientes pertenecientes a las familias Valencia, Larraondo y Tenorio que hicieron una rápida fortuna con el comercio de esclavos”

Aunque es incierto el peso de estos cambios en la preservación de los indígenas, hoy hay motivos para creer que sí fue bastante significativo si se tiene en cuenta que buena parte de la lucha indígena de los años 70 y 80 del pasado siglo y las luchas en los inicios del XXI han sido precisamente por la recuperación de tierras y en contra de los mecanismos de dominación de los terratenientes. Es de suponer que por lo mismo la movilidad de un sector de los indígenas caucanos se dio al margen de las dinámicas más vibrantes de la sociedad, y bajo un esquema de relaciones que les permitió recrear alianzas interétnicas, autonomías, pensamiento político y organización social.

En este orden de ideas, la escisión económica de las haciendas, la vigencia en su interior de lógicas tradicionales refractarias al cambio moderno y, no obstante, la continua preeminencia de las elites locales (Colmenares, 1978: 41) en el contexto general de La Colonia y los posteriores proyectos nacionales, de alguna manera promovieron una dicotomía política en el sentido que en el centro de las decisiones sus intereses giraban al rededor de la gran propiedad, las dignidades familiares y una noción casi aristocrática de poder; mientras que hacia afuera, tenía que dar cuenta de distintos proyectos y movimientos generales.

Quizá por esto la subsiguiente pérdida de protagonismo de los sectores dirigentes caucanos y la sistemática liquidación del complejo territorial que controlaban -llamado el gran Cauca- a partir de 1905, traducándose en la actual definición espacial del departamento, que como tal constata la ausencia de proyectos integradores por la vía del mercado, la ascendencia de elites regionales, la urbanización, etcétera, y, por el contrario, evoca la pasada configuración colonial espacial.

Es importante entonces evidenciar los contrastes regionales para demostrar como en los tiempos modernos ha predominado una fragmentación regional directamente relacionada

con el tipo de desarrollo capitalista del país, y que la persistencia histórica de los grupos étnicos es también solidaria con este fenómeno.

De las nueve regiones en que se ha dividido el Departamento del Cauca las subregiones norte, oriente y tierradentro se encuentran directamente relacionadas con las poblaciones *nasa* interés del presente estudio (Ver Anexo No.3. Participación de los indígenas del Departamento del Cauca en cada una de las sub-regiones).

3.2. Etnografía de los *nasa* de Tóez Tierradentro y Tóez Caloto.

A lo largo del trabajo se hacen referencias etnográficas a los *nasa* de estos asentamientos, pero en este ítem la etnografía permite comparaciones entre los *nasa* del asentamiento original de Tierradentro y los *nasa* del nuevo asentamiento en Caloto siguiendo la estrategia metodológica esbozada en la metodología de la presente investigación (2.3.2.3), elaboración de la etnografía de contexto. A partir de un contexto etno-geográfico, y los tres ejes : permanencia y transformación cultural, autonomía y dependencia, y dialéctica entre la fuerza étnica interior y el mundo de afuera.

3.2.1. Contexto etno-geográfico: territorialización *nasa*

Los *nasa* se vieron obligados a continuar ejercitando con mayor énfasis el ejercicio de diferenciación étnica una vez salieron del asombro y desconcierto que les causó el terremoto con 6.4 grados de magnitud en la escala de Richter y posterior avalancha del río Páez que sacudió la región de Tierradentro el 6 de junio de 1994.

Evento que según INGEOMINAS ocasionó 150 deslizamientos extensos de tierras y otros cientos en menores proporciones, causó daños a 40.000 hectáreas, la muerte a 1.100

personas, y por la magnitud de los daños y la consecuente declaratoria de INGEOMINAS como “territorio de alto riesgo no apto para el asentamiento permanente de comunidades humanas”, ocasionó un desplazamiento de 1.600 personas.

La mayoría de los damnificados pertenecían al pueblo *nasa*, y hoy en día gran parte de los sobrevivientes se hallan en reasentamientos dispersos por los departamentos del Cauca y Huila; uno de ellos es el de Tóez en el municipio de Caloto en la sub-región norte.

Esta nueva realidad cambió en gran medida las condiciones naturales y sociales a las cuales la comunidad indígena del resguardo³⁶ de Tóez de Tierradentro se había adaptado y frenó interesantes procesos de autonomía y desarrollo que emprendían; los cabildantes y líderes conscientes de crear urgentemente nuevas condiciones para el mejoramiento de la calidad de vida de la población, prepararon un proceso interno de trabajo sobre organización y manejo de las condiciones críticas, y por decisión de la comunidad se solicitó a Nasa Kiwe (entidad creada por el gobierno nacional para la reconstrucción física y social de la población afectada) que junto con ellos se gestionara y se obtuviera un espacio vital. Espacio que finalmente fue apropiado después de dos años de estar asentados provisionalmente en territorios cedidos por otros resguardos *nasa*, y que hoy se denomina Tóez Nuevo en el Municipio de Caloto, sub-región norte del Departamento del Cauca.

Una vez en el nuevo espacio, la comunidad apoyada en su experiencia histórica de vida como resguardo gobernado por un cabildo, construyó los lineamientos acerca de su futuro, en un lugar donde no había presencia de indicadores sobre bienestar por la carencia total de viviendas e infraestructura de servicios básicos, problemas de nutrición agudizados por la

³⁶ Instituciones como el resguardo y el cabildo provienen de la época de la colonia, y han sido transformados por los *nasa* en instrumentos de defensa territorial (Rappaport 1989, 1990). El resguardo implica que la tierra es propiedad comunitaria e inalienable: cada familia disfruta del derecho de usufructo; es gobernado por un cabildo conformado por un grupo de comuneros elegidos anualmente, la cabeza del mismo es el gobernador, quien representa y es vocero oficial de la comunidad tanto a nivel interno como nivel externo.

dependencia casi total de la ayuda asistencial de las instituciones del estado, y tierras con inexistencia de infraestructura productiva; es decir en un escenario difícil para el control de la crisis y el replanteamiento del futuro colectivo.

Algunas personas frente al desespero por la incertidumbre, decidieron regresar al asentamiento en Tierradentro y sumarse a las que ya estaban rehaciendo la vida en las montañas y explanada de la mesa de Tóez y que se negaron a siquiera pensar la vida por fuera de su territorio ancestral. Este panorama nos permite hablar entonces de los asentamientos Tóez Nuevo de Caloto y Tóez de Tierradentro bajo el concepto jurídico de un solo resguardo aunque discontinuo territorialmente; es decir, el asentamiento en Caloto se constituye en una extensión del resguardo de origen en Tierradentro con características muy diferentes que contrastaremos a través de los tres ejes seleccionados por la estrategia metodológica del presente estudio.

El resguardo *nasa* de Tóez ubicado en el Municipio de Páez territorio conocido como Tierradentro, posee una extensión de 7400 hectáreas de acuerdo al Instituto Geográfico Agustín Codazzi, influenciada en gran porcentaje por las características ecológicas del parque nacional nevado del Huila y que por estar muy encima de los 2.000 m.s.n.m (ver Tabla No 32) con una temperatura promedio de 13 a 16 grados centígrados³⁷ y bajo la clasificación cultural de “territorio sagrado” no ha hecho parte del sistema productivo.

³⁷ El clima esta relacionado con el estado atmosférico, las precipitaciones, la humedad y los vientos. Para el sector del resguardo de Tierradentro, el nevado del Huila genera unas condiciones que lo determinan. Las temporadas de lluvias mayo-abril y septiembre-agosto presentan bajas temperaturas. Los vientos provenientes del alto Magdalena no encuentran ninguna barrera natural al subir por el cañón del río Páez, elevan la temperatura, en especial de las zonas mas bajas y cercanas al cauce del río. Las temporadas de verano, se registran especialmente en los meses de enero-febrero y diciembre

Tabla No. 4 Temperatura y altitud por zonas en Tóez Tierradentro.

ZONA	PENDIENTE	ALTURA	CLIMA
1	Ligeramente ondulado 3-7%	1600-2500 m.s.n.m	Medio húmedo, Frío húmedo
2	Escarpado 50-75%	2000-3200 m.s.n.m	Frío húmedo
3	Muy escarpado > 75%	1400-3200 m.s.n.m	Medio y frío húmedo
4	Ondulado ligeramente ondulado escarpado	> 3000 m.s.n.m	Muy frío, Extremadamente frío, Super húmedos

Fuente: INGEOMINAS, 1995.

Este territorio ha sido muy importante desde el punto de vista cultural y ecológico para el pueblo *nasa* en general y para el Departamento del Cauca y ha sido declarado por Ingeominas de alto riesgo y no apto para el asentamiento humano. Sin embargo posee un enorme potencial de explotación para la comunidad que debería tenerse en cuenta en la formulación de un futuro plan de manejo ambiental. De mantenerse la perspectiva cultural tradicional *nasa* de uso y manejo de este territorio, es posible sustentar su futura constitución como reserva ecológica de bosques y aguas, de tal manera que por el cuidado, conservación y control por parte de la comunidad, se podrían recibir recursos económicos como pago por servicios ambientales.

Tierradentro, la región ocupada tradicionalmente por la comunidad, es una zona enclavada en el sector nororiental del departamento del Cauca con acceso por una vía no pavimentada que de Popayán conduce al municipio de Totoró, y que luego continúa ascendiendo por la vertiente oriental de la cordillera central hasta llegar a la cima ubicada en los páramos de las Delicias y de Guanacas para luego descender por la vertiente opuesta a la región de la cuenca hidrográfica del alto Magdalena.

Pasando por las cabeceras municipales de Inzá y Belalcázar (en ésta última el recorrido desde Popayán marca 148 Km), se sigue hacia el norte por la carretera que bordea el cauce del río Páez aguas arriba, apreciándose en toda su magnitud la topografía de la región con altas pendientes y afloramientos rocosos y extensas zonas cubiertas de baja vegetación

panorama típico del área comprendida ente Belalcázar y Tóez Tierradentro separados entre sí por 22 Kms de carretera.

A partir de este lugar, se inicia una nueva elevación de terreno que tiene su máxima altitud en el nevado del Huíla con 5700 metros sobre el nivel del mar, sitio de ocupación de una serie de lagunas que se drenan por medio de la depresión formada por el río Páez, que atraviesa longitudinalmente la región hasta desembocar en el río Magdalena, siendo esta cuenca la única del Cauca que drena por sector del Alto Magdalena.³⁸

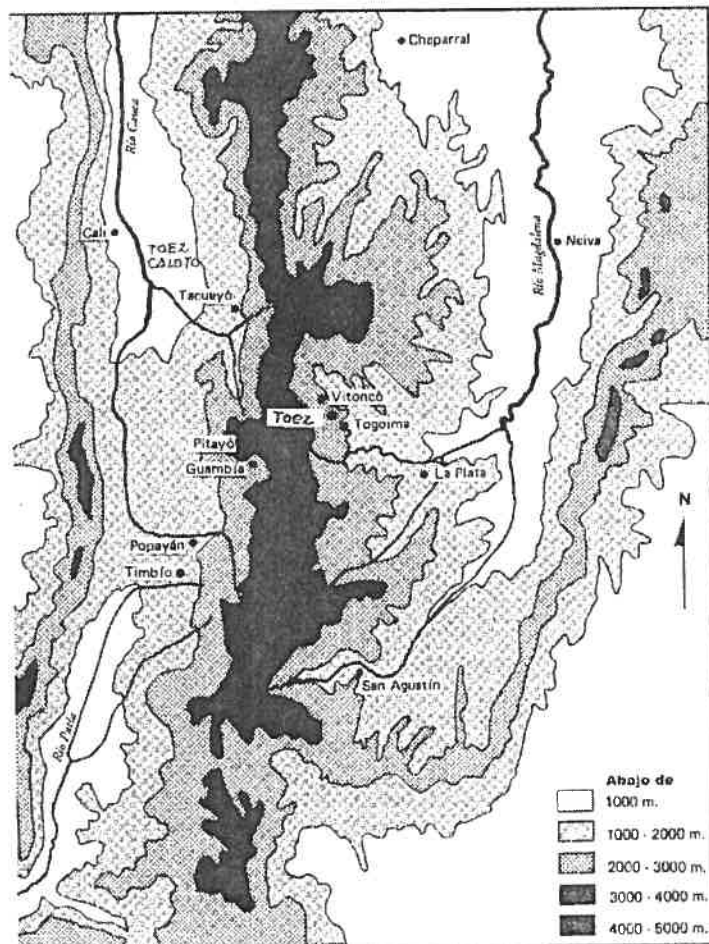
Desde el nevado del Huíla, hacia abajo, es posible encontrar muchos de los sistemas de montaña comprendidos entre los 3000 metros y los 1800 metros sobre el nivel mar, altura que corresponde a la de Tóez Tierradentro (Ver mapa No.2). De aquí al norte, existe un trazo poco carreteable que bordea el cono volcánico del nevado del Huíla, y que une a este sector, con la vertiente opuesta de la cordillera central, llegando a la población de Tacueyó municipio de Toribio, desde donde por "mala" carretera se une al anillo vial de Corinto y Miranda en el Cauca, y Florida en el Departamento del Valle del Cauca.

Los límites territoriales de Tóez Tierradentro, se ubican así: al norte y occidente con el área del resguardo de Wila y el Parque Nacional Natural del nevado del Huíla, al sur con el resguardo de Tálaga y al oriente con el resguardo indígena de Belalcázar, resguardos todos conectados por caminos de herradura.

³⁸ Toda la zona de Tierradentro hace parte de la cuenca hidrografía del alto Magdalena, los cauces que tienen presencia en el área del resguardo son el Quindao y Tóez, que drenan al río la Símbola con las quebradas Agua Caliente, El Rayo, El Vergel, La Palma, La Honda y El Aguacatal. El agua de la cuenca llega a través de la precipitación y en menor grado por el deshielo del glaciar del nevado del Huíla, según el estudio mencionado, “dentro de las cuencas se producen una serie de fenómenos (infiltración, escorrentía y evapotranspiración) que dependen de las características topográficas, geomorfológicas, geológicas, edafológicas y de vegetación, y se genera un caudal que sale de la cuenca. La cuenca es, por lo tanto, un catalizador del agua que llega y sale de ella.

Hacia al norte de Tóez existe una carretera que une los pequeños núcleos de población de los resguardos de Wila, Taravira, Vitoncó y Mosoco -muy importantes en la tradición cultural *nasa*- , para después unirse al municipio de Silvia y Piendamó, este último ya sobre la carretera panamericana.

Mapa No.2 Tóez en el mapa de pisos térmicos.



Fuente: IGAC

El segundo territorio ocupado por los *Nasa* en Tóez Caloto tiene una extensión actual de 363 hectáreas sobre la que se ha pensado establecer la estructura productiva de la

comunidad, con el compromiso de parte del Estado Colombiano para su ampliación hasta completar 600 hectáreas. Presenta diferencias radicales en la composición biótica y abiótica en relación con el medio al que se adaptó la comunidad *nasa* en Tierradentro durante siglos; se encuentra ubicada en la parte plana del valle geográfico del río Cauca a 950 metros sobre el nivel del mar y con una temperatura promedio que fluctúa entre 26 y 30 grados centígrados³⁹.

Las formas de acceso también son diferentes, se llega por carretera totalmente pavimentada que hace parte de las vías transversales al eje de la carretera panamericana que une toda la región del norte del departamento con el Valle del Cauca, el Océano Pacífico y el eje cafetero; se llega a ella y a Santander de Quilichao después de 10 minutos, y 5 minutos más tarde de haber pasado por la cabecera municipal de Caloto; en 40 minutos de viaje es posible llegar a la ciudad de Cali capital del Departamento del Valle del Cauca.

Sus límites étnicos lo ubican al oriente y al sur con el resguardo indígena *nasa* de la Huella, al norte y occidente con haciendas ganaderas y cañeras, y algunos sectores de ocupación indígena como Bodega Alta y López Adentro. Es igualmente significativo desde el punto de vista de límites étnicos, por la cercanía a territorios tradicionalmente ocupados por grupos de población negra.

³⁹ El clima de la zona del valle geográfico del Cauca, es homogéneo en los sectores de ocupación, siendo cálido seco, con una altura de 950 m.s.n.m. Siendo influenciado por los vientos, que hacen la zona mas seca, con precipitaciones relativamente bajas e inferiores a la evapotranspiración, el promedio anual de lluvias para la zona de Caloto es de 1634 mms. Las aguas drenan a la cuenca del río Cauca. El principal afluente por esta zona es el río Palo y sus afluentes secundarios como las quebradas de La Trampa y El Chorrillo que en temporada invernal presentan un gran caudal y en verano tienden a secarse debido a la tala del bosque en su nacimiento.

Territorialización *nasa*

El sustrato espacial, asiento tradicional de los *Nasa* de Tóez Tierradentro ha sido territorializado a través de una cosmografía que se corresponde con tres mundos o casas: *e:ka: yat* “el mundo o la casa que está muy arriba”, *kiwe n_yi^h yat* o *kwe[?]s_y kiwe* “nuestra tierra” y *kiwe [?]d_yi^hu yat*: “Lo que está mas abajo”. Cosmografía muy similar a la que poseen los grupos étnicos de la región andina colombiana y suramericana⁴⁰.

El contexto espacial se concibe como una escritura donde además de leerse una señalización, una orientación, se leen también las relaciones con la historia, los antepasados, los ancestros, sus "dioses"; a manera de un tramado de signos y significantes, basados en referentes concretos que ven y sienten todos los individuos y sin los cuales no habría significado; primando principios de clasificación y diferenciación que operacionalizados garantizan la vida y la etnicidad.

El mundo que esta arriba: *e:ka yat*

Es el mundo aéreo habitado por el sol, la luna, las estrellas, las nubes en sus diferentes formas y colores, y se encuentra conectado con *kiwe n_yi^h yat*, en las altas fronteras donde la tierra colinda con el cielo, por medio de los destellos de luz del Trueno, el agua en forma de llovizna y el arco -iris-, fenómenos meteorológicos terrestres pero a la vez celestes.

⁴⁰ Por ejemplo: En el sur-occidente colombiano, los yanaconas (Cerón: 1990, López: 1991), totoroos vecinos de los Páez (Palacios: 1992) y campesinos de Sotará con ancestro indígena (Urrutia: 1991) distinguen en el universo los mismos tres niveles: Arriba, Este Mundo y Abajo. En la meseta Peru-Boliviana, el pensamiento Aymará del siglo XX (Therese Bouysse-Cassagne, Olivia Harris: 1987) establece la diferenciación entre Alax Pacha (Arriba) Aka Pacha (tierra) y Mangha Pacha (Abajo), donde el término Pacha erróneamente ha sido traducido como universo, donde quedan incluidas las nociones de tiempo y espacio con connotación occidental de totalidad y abundancia. Este no es el sentido del término en el pensamiento andino Aymará, como tampoco lo es para los términos "mundos", usados en la nominación del espacio, por los grupos andinos suramericanos quienes no conciben el universo como "totalidad indiferenciada que abarca todo".

En la tradición oral, son escasas las referencias al sol⁴¹, la luna y las estrellas. Se asocia al sol con *sek at_sa* “dios de energía caliente”, y *a⁷te φ_yⁿd_ze* “dios de energía fría” en relación importante con los ciclos agrícolas; las estrellas y las constelaciones son hijas primarias de *sek* y *a⁷te*. Como hijo de la estrella: el héroe cultural Juan Tama, engendrado por ella en la alta laguna que luego llevó su nombre.

En el mundo aéreo se encuentran los *ks_ya⁷w* “espíritus” que generan, orientan y controlan la vida en el mundo, cuya presencia es detectada y leída en las nubes y sus diferentes formas y colores, en los destellos de luz del trueno, en el agua en forma de llovizna y moldeando el arco -iris-, fenómenos meteorológicos celestes pero a la vez terrestres; este mundo se encuentra conectado con *kiwe n_yi^h yat* en las altas fronteras donde la tierra colinda con el cielo.

El gran espíritu es *ks_ya⁷w wala* “gran espíritu”, es el espíritu mayor, “es quien da vida, genera vida en la continuidad” y dinamiza todo lo que existe en el mundo. También se encuentran *kiwe yase* “quien da los nombres”, *we:t_ya^hn* “lo que descompone, el que deja la enfermedad”, *ikt^hi⁷* “el sabio del espacio”, *da:t_yi* “espíritu del control social”.

Las nubes suspendidas en el espacio aéreo, presagian, vigilan y testifican. Los nubarrones negros significan que hay acumulación de *p^hta⁷n_dz*; presagian amenaza por conflictos interculturales, tensión social, olvido y ausencia de normas y rituales prescritos para el

⁴¹ El padre Castillo I Orozco en el Diccionario Páez-Castellano escrito en 1750 y publicado en 1877 hace referencias a concepciones sobre el sol que no se han podido constatar en la memoria colectiva actual: “Itaqui, esta palabra significa el sol, a quien estos paeces, a semejanza de los incas, tuvieron algún tiempo por Dios. Hasta ahora no he podido desarraigar de algunos indios la costumbre que desde entonces tenían de decir, al despedirse Itaqui Piticá, que quiere decir, id con el sol, o en compañía del sol [...] Itaqui finó, asiento o plano de la casa del sol que estos indios paeces tienen por tal, hai dos de estos asientos, cerca del pueblo de Tálaga y en la Cima de Taravira con una longitud de mas de dos cuadas [...] la tradiciones que en estos asientos daba respuestas el sol, afirmándoles que en dicho lugar había baile, que fuesen a hallarse en él, allá corrían [...]”

logro del bienestar comunitario. Las nubes blancas testifican que los rituales de limpieza de restauración del equilibrio y alejamiento de la amenaza $p^h ta^n d_z$ ha terminado. El cielo azul despejado, es buen augurio, es buena seña, hay tranquilidad, hay armonía, aunque temporal.

Los espíritus de los difuntos recientes van al aire a vivir en las nubes, desde donde vigilan la dinámica social y cultural, después de su desarraigo de $kwe's$, *kiwe* a través de los rituales de limpieza y refrescamiento. "El espíritu"-energía- del difunto se proyecta en el territorio como vigilante, como amenaza, recordando a los vivos que la sociedad continúa.

Nuestra tierra: *kiwe n, i^h yat* o *kwes kiwe*

La casa comprendida por la madre tierra se compone de territorios sagrados -salvajes e incultivados- concebidos como morada de seres espirituales, portadores de poder y lugares de origen, y los territorios no sagrados -mansos y cultivados-, con menos poder, donde deben estar los huertos, los animales domésticos y donde pueden vivir los nasa.

a) Los territorios Sagrados -Salvajes e Incultivados-. De igual manera que lo dice Polia (1988:85) el territorio sagrado es una interpretación nuestra de lo que los indígenas piensan de los espacios "encantados" y "poderosos", que en español literalmente expresan sólo parcialmente el significado que los indígenas atribuyen a estos términos, que se alternan en su uso con "virtudes" y "espíritus" que son "las fuerzas de los genios tutelares de los lugares, siendo incumbencia de los $t^h \ddot{e}^?$ *wala* evocar la virtud de los lugares y volverla activa".

Sitios también denominados: Salvajes, bravos, e incultivados, de igual manera que entre los Yanaconas (Cerón: 1990, López: 1991), Coconucos (Faust: 1989) y Totoroes (Palacios: 1990), lugares donde habitan animales feroces, espíritus bravos, e indios bravos o pijaos,

antecesores que no se dejaron bautizar; son lugares no cultivados y salvajes, no domesticados porque no han entrado los cristianos.

En el mundo andino suramericano, estos lugares son considerados también como sumamente peligrosos y fieros,

"Aunque tienen una cara positiva, por ejemplo: Las vertientes de agua son tan salvajes que no hay que acercarse a ellas sino con grandes precauciones; pero a la vez en estos lugares se enseña a la gente a cantar o tocar...son peligrosos pero a la vez fuentes de energía y riqueza desmesurada...este carácter a la vez fiero y fecundador que tienen tantos lugares sagrados hace que la gente los trate como diabólicos...tienen un poder genésico no solo por haber engendrado a los pobladores actuales sino también por el poder generador de los muertos en general, y su intervención imprescindible en la agricultura...no todos los lugares sagrados se comportan de forma tan "salvaje". Algunos son guardianes sea de casas familiares, sea de una comunidad entera, y son por lo general benévolos, velando por la prosperidad de los que le tratan bien y castigando a los que no se comportan debidamente. Estos ejercen un poder no tanto genésico sino "ordenador"..."(Bouysee-Cassagne, Therese, Harris, Oliva: 1987:44-45)

Los territorios Sagrados *nasa* son de "mucho poder" y "espiritualidad", están constituidos esencialmente por páramos, lagunas, rocas, peñascos, montañas y bosques, en las partes altas y más alejadas; en ellos, se encuentran las plantas "bravas" utilizadas por los *t'hé' wala*. Son extremadamente fríos y en ellos "no entran los cristianos" (se entiende como la imposibilidad de establecer casa permanentemente), aunque se puede acceder a ellos temporalmente una vez se cumple con los rituales de "ofrecimiento" y "refrescamiento".

Los nacimientos de agua, pantanos, bosques densos y huecadas, no necesariamente de las partes altas y cerca a espacios cultivados, entran en la categoría de territorios sagrados.

En los páramos donde "nace" el agua y en las lagunas donde se "detiene" y se almacena asociada con peñascos y rocas, se logra el contacto con el mundo primigenio, génesis del mundo *nasa*, allí "viven los ancestros", El Trueno, El Arco, y El Duende -tres integrantes claves de la cosmovisión-, reposa la doctrina, son poder y sabiduría, se gestan los héroes culturales que hacen historia con la gente, para posteriormente regresar al seno de la laguna desde donde continúan siendo fundamento de la vida social, la cultura y la etnicidad.

La concepción sobre el agua, "detenida" y almacenada en las altas lagunas asociada con piedras, peñascos, y rocas, como fuente de vida, poder y saber, se encuentra muy difundida en la región andina del sur-oeste colombiano (*nasa*, guambianos, coconucos, totoroos, yanaconas y Campesinos con ancestro indígena); evocan los lugares de origen de los hombres, de los pueblos⁴².

El trueno, es el habitante del centro de las lagunas es la expresión del poder, la fuerza y la sabiduría. La persona que ha sido cogida por el trueno, "que ha sido juetiada por el trueno" y ha sobrevivido, es seña de que puede ser *t'h'e' wala*, se contamina del poder del trueno, que si no mata da poder de vida⁴³.

El trueno pasa de dador de poder y sabiduría, a guardián de la norma por medio de su antropomorfización en El Duende que se desplaza por estos territorios, "siempre está El Duende", "tienen Duende", es por eso que para adentrarse en dichos territorios para recorrerlos o extraer parte de sus recursos, previamente cada hombre *Nasa*, debe realizar

⁴² Los Aymará en la meseta Perú-Boliviana designan como lugar primigenio, la Isla de Titicaca (Hoy Isla del Sol) o Tiwanaku cuyo nombre Aymará Taypi Qala significa La piedra central (Therese Bouysse-Cassagne, Olivia Harris: 1987:19). Para los incas El Collasuyo una de las cuatro reparticiones de la tierra, ubicada al sur, debía su nombre a los indios Colla del Sur; Colla significa "cosa salida del agua" y por esta zona se originaban los pueblos. En esta región se encuentra el Lago Titicaca que es el lugar de origen de donde Wira Cocha trajo el sol, la luna y las estrellas.

⁴³ Entre los Aymará todas las creencias que acompañan a los "tocados por el rayo" los designan como seres fronterizos siendo probable que de esta situación liminal provengan sus poderes para comunicarse con los diablos, con los cerros, el rayo mismo, las almas y los pachamama. "Soy amado por dios porque no me mató

rituales de refrescamiento y ofrecimiento al Duende, que tienen como propósito reiterar normas relacionadas con el uso racional de los recursos y las acciones de reciprocidad.

El arco -iris- vive en las orillas, en los bordes de las lagunas, pero se desplaza desde aquellas por todo el territorio donde existe el agua: ríos, quebradas, ojos de agua y charcos. El Arco es el puente entre los mundos sagrados, y el no sagrado.

b) Los territorios no sagrados -mansos y cultivados-, carecen de poder y espiritualidad, se amansaron con la presencia permanente del hombre que ciclicamente rotura el suelo para el cultivo; sus espacios se corresponden con las partes cálidas, frescas, y menos frías donde se puede y debe cultivar.

En sus medianas alturas, donde existe un mayor equilibrio entre el frío y el calor se construyen las viviendas; donde no sólo es permisible la vida para el *nasa*, sino también para cultivos como el frijol y maíz, productos básicos en la alimentación; y aunque en los climas calientes y fríos poseen huertas familiares, estas son visitadas temporalmente en épocas de siembra y cosecha previos rituales para evitar desequilibrios en el medio ambiente y en los cuerpos humanos. Uso microvertical del suelo muy común en el mundo Andino (Murra:1975, Oberem:1981, Langeeback: 1987, Mejia:1990).

Uso microvertical del suelo que entre los *Nasa* ha conservado su vigencia debido a la conjugación de tres factores: la persistencia ancestral de formas de apropiación de los recursos naturales; la conformación de resguardos con disponibilidad de tierras en los diversos pisos térmicos; la existencia de formas jurídicas propias de distribución de tenencia de la tierra, (adjudicación de parcelas familiares, tierras comunales y zona de reserva).

(El rayo)... por esta razón empecé a actuar como mago. Pero primero aprendí a leer la coca" (Harris, Oliva y Bouysee-Cassagne, Therese; 1988: 46).

En el espacio territorial de lo cultivado se organiza la mayor parte de la vida social y económica. La tierra de cultivo para las parcelas familiares constituye la fuente principal de autoabastecimiento, en las tierras cultivadas en común la producción se orienta a satisfacer necesidades comunales, fiestas patronales, sostenimiento del cabildo. De los bosques comunales se extrae la materia prima para la construcción de la vivienda, casa del cabildo, puentes, arreglo de caminos, etc. Para el usufructo de estas tierras en sus diferentes niveles se impone el sentido de pertenencia y adscripción étnica.

Lo que está más abajo: *kiwe "d,i^h"u yat*

"Es lo que no se ve", está bajo la tierra y se puede acceder a través de cuevas en la tierra, huecadas o depresiones, en las partes más bajas de la topografía, pero también en las partes altas por donde brota agua, "ojos de agua", "nacimientos" y lagunas.

Es un mundo semejante a *kiwe n_yi^h yat* habitado por los pijaos quienes al llegar los conquistadores españoles rehusaron el impositivo bautizo, prefiriendo enterrarse vivos con todas sus pertenencias. A los sitios donde se encuentran enterrados sus "restos" se les denomina "guacas de pijao", siendo las señales más tangibles de una edad pretérita, "antes de Dios", que trasciende en tiempo originario el mundo cristiano, develándose la conciencia histórica que tiene el grupo de que su origen no es cristiano (Urrutia:1991:6) "y que su existencia es antes de Dios, antes del Dios Cristiano".

Estos antepasados salvajes además de habitar en el mundo de abajo, viven también en los territorios sagrados, salvajes e incultivados de *kiwe n_yi^h yat*, a donde no llega el hombre. Comparten los mismos espacios con los espíritus de los niños que murieron sin el bautizo. Esta concepción se comparte con el mundo Andino: Inca y Aymará.

Compartiendo exclusivamente con los pijaos el mundo de abajo, se encuentra la gente pequeñita (*nasa le²ts, kwe*) o gente sin rabito, que se "alimenta del vapor de las comidas" siendo varias las referencias que existen para el Departamento del Cauca, sobre esta concepción. (Hernández: 1989:37, Cerón: 1990:18)

El mundo de abajo es lugar de origen y vida, de poder genésico que aparece en el Macizo Colombiano y según los estudios realizados entre el grupo Aymará, se hace evidente en la región andina⁴⁴.

Cosmografía Nasa

Los tres mundos o casas del universo *nasa* se encuentran interrelacionados, articulados, constituyen la unidad territorial *nasa kiwe* hallándose entre sus fronteras los espacios de mayor poder y espiritualidad. Los cerros y montañas en las partes altas constituyen la frontera entre *kiwe n_yi^h yat* o *kwe²s_y kiwe* y *i:ka*, mientras las lagunas, fuentes de agua y huecadas como los espacios liminales entre *kiwe n_yi^h yat* y *kiwe "d_yi^hu yat*, es así como la asignación espacial arriba, medio y abajo, no tiene que entenderse siempre en sentido literal.

Los mundos que giran en torno al eje "producción de saber" constituido en la relación Trueno-Ancestros-Lagunas, donde el trueno terrestre y celeste a la vez, desde el centro de

⁴⁴ Retomando a Urrutia (1991:9) el sentido del mundo de abajo se enriquece y se recrea en el análisis cosmogónico que Augusto Tamayo Vargas hace del Poema de los Hermanos Ayar en el Perú: "El cielo vital comienza en la semilla, en el germen, termina en el cadáver, en el cuerpo momificado, malki o Almacigo. La semilla colocada en el mundo (uhjo pacha) es el comienzo de la planta y de la vida, pero el cadáver se ubica también en el transfondo terraqueo y el Almacigo, otro principio de nueva vida. El hombre también se desenvuelve plenamente y cuando muere deja su cuerpo, que baja al subsuelo, como una semilla, como Almacigo. Bajo este mundo de aquí, están a la par como seres de la misma naturaleza, gérmenes de plantas y gérmenes de hombre... El kay pacha tiene en su seno lo viviente que ebulle en silencio. El mundo bajo o de adentro es la residencia de los muertos o de los gérmenes..." (Vargas: 1980:575)

la laguna se erige como poder y sabiduría, los ancestros desde el fondo de la laguna como conocedores del mundo, como héroes culturales encargados de la socialización, y las lagunas como la fuente de vida. Por eso el *t^he² wala*, hombre sabio que ha recibido el poder y sabiduría del trueno, se desenvuelve en los tres mundos, recupera su unidad, los recorre permanentemente física o mentalmente.

Circulando y formando parte de los tres mundos, está el frío y el calor cuyo equilibrio está más dado por el uso social que del territorio hacen los *Nasa* a partir de su clasificación e interpretación; igualmente el *p^htaⁿd_z* engloba el "universo" *nasa* como categoría que indica permanente amenaza, que recuerda, anuncia, o sanciona la ruptura del equilibrio.

La cosmografía *Nasa* en sus mundos se encuentra conectada e intercedida en dos secciones, una izquierda y una derecha, relacionados por un punto central, indicador del equilibrio, la armonía y el bienestar; secciones que quedan en evidencia cuando se prepara la parafernalia para los rituales de limpieza y refrescamiento. Al lado Izquierdo se sitúan el sol, el páramo, lo salvaje, los ancestros, el trueno, las plantas bravas, los animales de sangre caliente, el *t^he² wala*, el río que corre de derecha a izquierda encargado de sacar la suciedad -mal- del territorio, están las señas buenas; en síntesis, la energía positiva y al lado derecho esta la luna, las plantas frías, el médico que no trabaja bien, la seña no buena, el exceso de *p^htaⁿd_z*, o sea la energía negativa o complementaria de la relación dialéctica.

Se afirma que el espíritu que hace soñar está en todas partes (en ocasiones intencionalmente se maneja indiferenciado del Dios católico), "Es dador de vida, todo nace de él y vive por él. Tiene unos hijos mayores, el Trueno, el Sol, la Luna, El Duende, El Arco, unos hijos menores, espíritus que voluntariamente desearon ser lo que son, animales, plantas y el hombre y unos nietos especiales que son los *nasa*".

El contexto etnogeográfico expresado como cosmografía (producto de la aprehensión y significación que hacen del cosmos, para entenderlo, explicarlo y proyectarlo en sus formas de relación intercultural) a partir de la cosmovisión *nasa*, es importante porque da cuenta del sistema global del pensamiento que regula el comportamiento de los sujetos como garantía del bienestar y la etnicidad de la sociedad *nasa*; es decir, gobierna la "ética cultural" que rige la conducta individual, social y de relación con el entorno.

Esta cosmovisión arraigada en Tierradentro y confirmada por los *Nasa* mediante la experiencia doméstica del trabajo cotidiano, es referenciada permanentemente por los *Nasa* de Tóez Caloto asentados en un sustrato espacial con unas características fisio-geográficas muy diferentes a las del que originó su visión de mundo, como ya lo enunciaba; sin embargo, en esa inercia de constatar y recrear su identidad cultural, el nuevo espacio ha empezado a ser significado como el espacio de lo no sagrado -manso y cultivado- y como complemento del gran territorio ancestral. También han empezado a identificar enclaves de territorios sagrados en las fuentes de agua y en las pequeñas colinas, donde además de sembrar plantas medicinales empiezan a sembrar "duendes", "arcos" y otros espíritus tutelares.

Los *nasa* hoy han generado una movilidad intra-territorial entre el asentamiento tradicional de Tierradentro y la parte plana y caliente de Tóez Caloto, que comprometen diferentes pisos térmicos y ofertas ambientales. Movilidad tal vez inducida por la memoria histórica de la cultura que propende revivir parcialmente los desplazamientos que se realizaban entre parcelas ubicadas en diferentes climas para producir gran variedad de productos, y que fueron interrumpidos a partir del contacto inicial con el mundo no indígena.

3.2.2. Permanencia y transformación cultural.

3.2.2.1. Dinámica socio-demográfica

Las 156 familias que componen el 91% de la población del resguardo indígena de Tóez⁴⁵ se encuentran en el núcleo poblacional de Nuevo Tóez y el grupo minoritario compuesto por un total de 18 familias y un 9% del total de la población decidieron mantenerse dentro del territorio tradicional, pues consideran que no tienen las “fuerzas” suficientes para ubicarse y trabajar en un sitio diferente al que han permanecido durante toda su vida.

Argumentan que los afectaría el clima, los nuevos hábitos alimentarios y las demás costumbres propias de un nuevo estilo de vida. Se manifiesta en sus argumentos la fuerza de la tradición y la cultura al no renunciar a vivir en su territorio de origen, por apegarse a su concepción territorial y a la posibilidad de continuar viviendo en forma similar a la que han vivido toda la vida.

En todo el resguardo de Tóez -Tierradentro y Caloto- habitan un total de 174 familias y 751 personas lo que arroja un promedio de 4.31 personas por familia, con un predominio de la familia nuclear compuesta por el jefe de familia, generalmente el hombre, su cónyuge y los hijos habidos de esta unión.

Al revisar la distribución por sexo y edad se encuentra un mayor porcentaje de hombres (51.5%) con respecto al total de población, y las mujeres representan el 48.5% de la población.

⁴⁵ La información demográfica se obtuvo a través de la encuesta, casa a casa, y familia por familia, en cada uno de los asentamientos Tóez con una cobertura del 100%.

El análisis por grupos edad y sexo da cuenta que la población más numerosa corresponde al rango 5-9 años con un total de 106 niños, que representan el 14.11% del total de la población, le sigue el intervalo 1-4 años con 97 niños y el 12.91%, y luego el de 10-14 años con 94 niños y el 12.51%.

La población del resguardo de Tóez es mayoritariamente joven, el 55.79% de la población con 419 personas es menor de 19 años. La población más vieja se encuentra en las edades de más de 64 años con el 3.0% del total del resguardo con 10 hombres y 11 mujeres. En Tierradentro habitan 3 personas, 1 hombre y dos mujeres que constituyen el 13.63% del total de personas de ese rango de edad.

TablaNo. 5 Distribución demográfica por asentamientos, grupo de edad y sexo.

Grupo de edad	Tóez Tierradentro				Tóez Caloto				Población total			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
< 1 año	1	3	2	6.2	16	4.51	23	7	17	4.4	25	7.0
1-4	3	9	3	9.3	53	15	38	11.4	56	14.5	41	11.3
5-9	5	15	5	15.6	46	13	50	15	51	13.2	55	15.1
10-14	3	9	4	12.5	50	14.1	37	11.1	53	13.7	41	11.3
15-19	5	15	3	9.3	39	11	33	10	44	11.4	36	9.9
20-24	2	6	3	9.3	23	6.5	36	11	25	6.4	39	10.7
25-29	3	9	1	3.1	30	8.5	21	6.3	33	8.5	22	6.0
30-34	2	6	1	3.1	19	5.4	13	4.0	21	5.4	14	3.8
35-39	1	3	2	6.2	16	4.5	21	6.3	17	4.4	23	6.3
40-44	1	3	2	6.2	16	4.5	19	5.7	17	4.4	21	5.8
45-49	2	6	1	3.1	8	2.2	10	3.0	10	2.6	11	3.0
50-54	2	6	1	3.1	8	2.2	7	2.1	10	2.6	8	2.2
55 y 59	1	3	1	3.1	8	2.2	10	3.0	9	2.3	11	3.0
60 y 64	1	3	1	3.1	13	3.7	5	1.5	14	3.6	6	1.6
>de 65	1	3	2	6.2	9	2.5	9	2.7	10	2.6	11	3.0
Totales	33	100	32	100	354	100	332	100	387	100	364	100
	51%		49%		51.6%		48.4%		51.5%		48.5%	

Fuente: Encuesta del presente estudio.

Con respecto a la distribución por sexos, el mayor número de hombres está en el rango 1-4 años con 56 niños que representan el 14.47% de la población masculina. Los jóvenes

menores de 19 años suman un total de 221, que representan el 57.10% de la población masculina.

El grupo mayoritario de mujeres se encuentra en el rango 5-9 años para un total de 55 niñas que son el 15.10% de las mujeres del resguardo. Las mujeres menores de 19 años representan el 54.39% sumando en este rango 198 niñas.

Debido a los procesos de endoculturación *nasa*, un menor de 15 años hombre o mujer en Tierradentro ejerce funciones económicas al interior de su grupo familiar, pero en Tóez Nuevo su principal actividad la establece como estudiante y sus labores económicas las desarrolla en su tiempo libre.

Si pensamos en una población económicamente activa, que de acuerdo a nuestra cultura no indígena podría estar en un rango entre 15-64 años de edad, la información sería la siguiente: 200 hombres que representan el 26.6% de la población total y el 51.67% de la masculina del resguardo, y 191 mujeres haciendo parte del 25.43% del total de población y del 52.47% de la población femenina. (Ver tabla No.5) De las 391 personas que se inscriben en este rango de edad 36 personas habitan en Tierradentro con el 9.2 %.

Las mujeres jóvenes menores de 25 años, representan el mayor grupo de población que migra laboralmente a la ciudad de Cali a trabajar como empleadas del servicio doméstico, mientras que los hombres se inclinan en su mayoría por el trabajo en la construcción de carreteras en lugares próximos al resguardo, en actividades agrícolas por jornal, o “raspando” -recolectando- hojas de coca en los territorios vecinos. El fenómeno migratorio no implica expulsión de población, es temporal, y gracias a la cercanía de los lugares de trabajo y las facilidades de infraestructura para el transporte, las personas que salen de la comunidad regresan en el día o mantienen regularmente contacto con ella.

3.2.2.2. Familia

La familia indígena conserva importantes elementos que fomentan la reproducción cultural y biológica, no obstante haber sufrido desmembraciones durante los diferentes y conflictivos contactos interculturales. Desde la familia se fomenta el sentido comunitario de la sociedad, se actúa en forma permanente y reiterativa como colectivo, como un sistema coherente y solidario, en especial con aquellos fenómenos provenientes del exterior de su comunidad. Así mismo ha contribuido a conservar su territorio, la lengua, y una extensa y compleja forma de pensamiento y acción, de valores normativos, que se constituyen en la garantía de su supervivencia como grupo humano y como cultura claramente diferenciada del resto de la sociedad nacional.

El principal núcleo de la organización comunitaria sigue siendo la familia, el modelo presente en el resguardo indígena de Tóez es la familia nuclear, consistente en el jefe de la familia, generalmente el hombre, su cónyuge y los hijos habidos de esta unión, su disposición se encuentra alrededor de las funciones de reproducción y socialización de los niños.

El mismo núcleo familiar se constituye en la unidad económica doméstica, base sobre la cual se asentó la economía del tradicional resguardo, situación última que empieza transformarse en el nuevo Tóez porque las características del pasado trabajo agrario han cambiado notablemente como lo veremos después porque las personas deben desplazarse a vender su fuerza de trabajo a espacios laborales diferentes a los del territorio del resguardo.

La filiación de parentesco de la comunidad es patrilineal, pero debido al sistema cerrado de esta sociedad⁴⁶, han desarrollado al interior del resguardo una serie de elementos que cohesionan, como la cerrada alianza por parte de parientes de ambas líneas, que construyen un complejo sistema de elementos de reciprocidad y ayuda mutua, otorgando firmeza ante los elementos foráneos comúnmente disociadores que contribuyen a debilitar la vida comunitaria, y ante la implantación del sistema occidental basado en la propiedad privada y el individuo. Hermanos y hermanas, tíos y tías, primos maternos y paternos, conforman al interior de la comunidad un sólido sistema de resistencia y defensa de su cultura y territorio.

Es necesario resaltar igualmente el papel de la mujer *nasa*, ^Eella no-sólo realiza la importante tarea biológica y cultural de procrear los hijos y transmitirles todo el sistema de valores y formas de conocimiento del complejo pensamiento de la cultura *nasa* mediante el proceso de socialización endógena, sino que también actúa en las labores productivas en forma similar a la del hombre, estableciendo de esta manera el rol femenino como elemento base de la cultura indígena. ✓

La residencia de la familia tiene una marcada tendencia a la neo-localidad; la nueva familia debe vivir en un sitio diferente al de los hogares paternos o maternos. En ocasiones se presenta la convivencia transitoria de la nueva pareja con los padres de alguno de los esposos hasta el momento del nacimiento del primer hijo. Un relato de lo que ya no sucede en Tóez nuevo:

“[...]realizado el matrimonio vivían en la casa de los padres del nuevo esposo por un año [...] los padres del marido enseñaban lo que significa la vida de casados y las obligaciones de casados. Después del año el muchacho tenía que ir a cortar la madera a la montaña para construir su casa y conseguir las

⁴⁶ Tal vez siguiendo los principios del cacique Juan Tama: 1) los paeces nunca mezclaran su sangre, 2) siempre conservarán sus tierras y 3) nunca serán vencidos.

tulpas⁴⁷ con el consejo de la mamá. Cuando se ponían las tulpas en el lugar escogido para construir la casa con las recomendaciones del *t^{he} wala*, el papá convocaba a la minga para construir la casa. Una vez hecha la casa, alguien se responsabilizaba de la inauguración haciendo el *baile de la chucha*. [...]empañetaban la casa de barro, lo alisaban, le dejaban que se secara un poco y se pasaban a vivir allí” (voz de un comunero *nasa*)

3.2.2.3. Vivienda

La dinámica de la construcción de la vivienda en Tóez Caloto fue otra, ante la urgencia de ubicar la población después del terremoto, se construyeron la totalidad de las viviendas de acuerdo al censo de damnificados. De tal manera que en asocio con la corporación Nasa Kiwe se seleccionó el sitio, se hicieron los levantamientos topográficos, y se intentó un proyecto arquitectónico y urbanístico participativo para la construcción del nuevo Tóez en Caloto. ✓

El sistema de asentamiento de Tóez en Tierradentro presentaba tres dinámicas diferentes: una dispersión de las viviendas mimetizadas con el terreno y adaptadas a las pendientes características de la topografía de la zona. Un pequeño núcleo urbano del Resguardo inspirado en la concepción española de cuadrícula, alrededor de una rectangular zona verde -simulando un parque- se situaba la iglesia, y se construían las casas de las personas que querían tener sus viviendas en la parte plana para bajar los fines de semana, -la mayoría de las personas tenían su vivienda más próxima a sus cultivos en la montaña -. Y una creciente construcción de viviendas a lo largo de la carretera que comunica al casco urbano de Belalcázar con Silvia y que cruza el resguardo.

⁴⁷ Tres piedras que se colocan en el centro de la cocina para mantener el fuego encendido y sobre las cuales se posan las ollas y otros utensilios para preparar los alimentos. Alrededor de las tulpas, y una vez terminadas las faenas diarias, se socializaban las diferentes experiencias en familia. “Cuando se iba el sol y no había luz, se reunía la familia alrededor de las tulpas a comer [...] los padres contaban sus experiencias a los niños [...] así aprendían lo que se debía hacer y lo que no se debía hacer [...]”

El nuevo espacio de Tóez se planeó para ubicar la totalidad de la comunidad en 145 viviendas -años 1996-7-, el Puesto de salud, la casa del cabildo, la escuela y el núcleo escolar; es decir, la infraestructura urbanística requerida por la comunidad. Aunque se estableció un trazado replicando el asentamiento original de Tierradentro más alejado de lo plano y de la carretera principal, y más cerca de las pequeñas colinas en armonía con las características topográficas del terreno escogido, -por ejemplo se situó el colegio en la parte mas elevada adecuándolo en forma de terrazas- , sin embargo los *nasa* dicen sentirse: “muy pegados los unos a los otros y por eso hay muchos conflictos entre las familias.”

Hoy existe un déficit de 11 viviendas, si se mantiene la tradicional tendencia neolocal; hubo un incremento del 7.58% de las familias en los últimos 8 años, hecho que plantea nuevos retos a la comunidad en cuanto a un espacio ya distribuido y la necesidad de nuevas viviendas. Déficit último que es difícil de erradicar ante los nuevos requerimientos técnicos y de materiales no tradicionales que agregan mayores costos económicos, aunado a las restricciones de la solidaridad y el apoyo comunitario por el no manejo de las técnicas de construcción que exigen los nuevos materiales.

Tabla No. 6 Materiales de construcción de las viviendas.

Techo			Paredes			Pisos		
Materiales	No. Viviendas	%	Materiales	No. Viviendas	%	Materiales	No. Viviendas	%
Teja	6	4.1	Ladrillo	109	75.2	Cemento	121	83.4
Cartón	13	8.9	Muro tendinosos	11	7.6	Baldosa	23	15.8
Zinc	124	85.5						
Tejalit	1	0.7	Bahareque	25	17.2	Tabla	1	0.7
Cemento	1	0.7						
	145	100		145	100		145	100

Fuente: Encuesta del presente estudio.

Sólo 25 viviendas poseen el bahareque como estructura principal de las paredes, siendo éste el material principal de las viviendas tradicionales en Tierradentro y que toda la gente sabe

trabajar. Sin embargo en su elaboración se mantienen las técnicas propias que se combinan con las del muro tendinoso, de éste se conserva el entramado de alambre de púa, pero se modifica la mezcla de cemento por la de barro.

Inicialmente para la construcción de las viviendas se habían definido materiales como : laminas de zinc para la cubierta del techo, paredes armadas sobre párales de madera con entramado de alambre de púa revestido de mezcla de cemento -muro tendinoso-, y pisos de cemento para ser cubiertos con baldosa; materiales que variaron a partir de las expectativas de la gente y sus posibilidades económicas. (ver Tabla No.6)

La teja de cartón para los techos se constituyó en un cambio que desmejoró bastante la propuesta inicial por su menor durabilidad, la teja de barro más pesada -ideal para este clima por ser un aislante térmico- se incorporó demandando más recursos para el reforzamiento de las estructuras de soporte, también se incorporó la cubierta de tejalit. La plancha de cemento se presenta en una vivienda que requirió ser reforzada con la construcción de columnas, ante la perspectiva de construir un segundo piso.

Con respecto al proyecto inicial, el 75.2% de las familias cambió la propuesta de muro tendinoso por el de paredes en ladrillo, requiriéndose otro tipo de estructuras de sostén como columnas y vigas de amarre, presentándose en este caso el mayor porcentaje de cambios.

La distribución de la vivienda por habitaciones para dormir, evidencia que el 14% de la población con un promedio de 4.7 personas duerme en una sola habitación, situación que podría ser riesgosa para la salud de la familia si se tienen en cuenta las características climáticas y de temperatura que promedian los 25 grados centígrados en el día y los 22 grados centígrados en la noche (ver Tabla No. 7)

Tabla No. 7 Número de casas y número de habitaciones por vivienda, y número de personas por vivienda y promedio por habitación, Tóez-Caloto

No. Casas	No personas	No. habitaciones por casa	Promedio personas Por habitación	% de población
20	96	1	4.7	14%
14	55	2	2	8%
109	521	3	1.6	76%
2	14	4	1.7	2%
Totales 145	686			100%

Fuente: Encuesta del presente estudio.

La vivienda tradicional *nasa* en Tierradentro es construida en bahareque, techos de zinc y en algunos recubierto con hoja de palma, sus pisos son en cemento, poseen dos espacios internos con pequeñas ventanas, en uno se encuentran las tulpas alrededor del cual se organizan todas las actividades circunscritas a la vivienda, y a un costado se ubica el otro que sirve de dormitorio.

Regularmente la vivienda sólo se usa como refugio para dormir en un ambiente climático que promedia los 12 grados centígrados. Sus alrededores se utilizan como prolongaciones de ella y como espacios donde se desarrollan buena parte de las labores domésticas y sociales de la mujer responsable del tul o huerta familiar, tul que no fue posible proyectar en la extensión territorial deseada en Tóez Caloto.

La costumbre del fogón al interior de la vivienda se mantuvo en el 84.82% de las viviendas -123-, mientras que se construyó afuera en el 15.17% -22viviendas-. Las tulpas -hoy hornillas para leña en Tóez Caloto-, no sólo cumplían con la función de cocción de alimentos, sino de dar calor en las noches, pues el fuego nunca se agotaba del todo, y el humo servía de repelente contra insectos y animales.

Tabla No. 8 Combustible usado en las cocinas de las viviendas.

Combustible	No. De viviendas donde se usa	%
Madera (leña)	100	69%
Gas	40	27.6%
Energía Eléctrica	2	1.4%
Otro	3	2%
	145	100%

Fuente: Encuesta del presente estudio.

No obstante el conocimiento que la comunidad tiene sobre las incidencias del humo en el ambiente interno de la vivienda y en las afecciones sobre el aparato respiratorio, la leña hoy es usada por todas las familias en Tierradentro y por el 68.96% en Tóez Caloto (ver Tabla No. 8).

Los *Nasa* más viejos indican que la leña para el fogón era escogida de una madera que no producía humo y a medida que se agotaba la floresta que la proveía empezó a usarse otra que si producía el humo, “y poco a poco empezó a perderse el conocimiento sobre ese tipo de vegetación”; dicen que es necesario recuperar la memoria para estudiar las estrategias de cómo recuperar, reforestar y cultivar, para evitar la presión que se efectúa sobre el recurso forestal a través de la tala indiscriminada.

Un porcentaje importante y cada vez más creciente empieza a utilizar el gas como combustible, incidiendo en su utilización el precio y la oferta que las empresas distribuidoras del producto hacen en el ámbito domiciliario. El uso de energía eléctrica es poco frecuente por los altos costos económicos de consumo y del equipo.

En Tierradentro como en Caloto el agua llega a las viviendas a través de mangueras de polietileno -que presentan inconvenientes sanitarios para la conducción del líquido-, procedente de abastos de agua mal llamados “acueductos” porque carecen de procedimientos para hacerla potable.

Tabla No. 9 Servicio sanitario en la vivienda.

Tipo	Tóez Tierradentro		Tóez Caloto	
	No. Viviendas	% viviendas que usan	No. Viviendas	% viviendas que usan
Letrina	5	28%	55	38%
Tasa Sanitaria	10	56%	73	50%
Otros	3	16%	17	12%
Total	18	100%	145	100%

Fuente: Encuesta del presente estudio.

El núcleo poblacional de Tóez-Caloto está en las gestiones para construir el alcantarillado, siendo los pozos sépticos domiciliarios la solución para el depósito de aguas negras, en Tierradentro dada la dispersión de la población estas mismas estrategias aparentemente traen menos riesgos para la salud.

La tasa sanitaria es la solución más difundida en el resguardo, seguido por la letrina, en la variable “otros” predomina el sanitario conectado al sistema de abastecimiento de agua. Es probable que en el futuro mediano desaparezcan las letrinas a favor de la tasa sanitaria o sanitario.

La información de la encuesta y la observación en terreno pone en evidencia que no se tiene un sistema de recolección, depósito y tratamiento adecuado de las basuras: la información sobre la disposición de los desperdicios orgánicos de la cocina nos recrea esa dinámica.

Tabla No. 10 Uso de los desperdicios producidos en las labores culinarias

Fin de los desperdicios	Tóez Tierradentro		Tóez Caloto	
	No. de viviendas	Porcentaje	No. de viviendas	Porcentaje
Como abono.	5	27.8%	91	62.8%
Como comida para los animales			19	13.1%
Exposición a campo abierto	13	72.2%	35	24.1%
Totales	18	100%	145	100%

Fuente: Encuesta del presente estudio.

En Tóez nuevo se sigue manteniendo la misma dinámica tradicional de exponer las basuras a campo abierto con un 24.1%; en Tierradentro esa práctica sigue siendo predominante con un 72.2% tal vez con un menor impacto en el ambiente comunitario por la localización dispersa de las viviendas y la alta biodegradabilidad de los residuos. En Tóez Nuevo dada la cercanía de las viviendas y solares y lo no biodegradable de algunos residuos, convierte esta práctica en "más contaminante", al producir vectores de enfermedades como insectos, roedores y otra clase de animales que deterioran el ambiente.

Convertirla en abono como la práctica más utilizada para la producción agrícola, es una opción muy importante si se tienen en cuenta los procedimientos adecuados para la preparación del compost, ya que una descomposición directa sobre el cultivo puede resultar tóxica para éste y de riesgo para la salud de las personas en el momento de su consumo. Él convertir los desechos en comida para los animales puede producir el mismo efecto que el abono -si no se hace un manejo adecuado-, éste se puede contaminar y transmitir enfermedades a los consumidores.

3.2.2.4. Educación y cultura

“La educación ha sido un instrumento para continuar con la invasión de las culturas en América Latina”, “[...]la educación es un programa para que la gente indígena piense lo mismo que piensa el grupo dominante”, “[...] la educación es la forma para que pensemos lo mismo, pero en Colombia todavía hay grupos indígenas que pensamos que tenemos que salir adelante”
(voces nasa)

Se ha implementado un programa educativo correspondiente al año cero que cubre el 40% del total de la población preescolar considerada entre los menores de 5 años, que en el resguardo son 139 niños que corresponden al 18.3% del total de la población. Siendo 73 niños el 18.9% del total de hombres del resguardo, y 66 niñas el 18.1% de la población femenina del resguardo (Tabla No.5). Solo nueve menores, cuatro niños y cinco niñas

habitan en la zona de Tierradentro en este grupo de edad, que representan solo el 6.47%, del total de la población de esta edad, donde no se encuentra programa para el grado cero.

La Población de Tóez Nuevo que tiene edad para cursar la primaria, tomando el rango de edad desde los 5 años es de 556 personas y el 81.4% del total de población, de los cuales 483 han reportado como cursado algún grado de primaria lo que representa que el 87 % de las personas del resguardo han tenido por lo menos acceso a este servicio, teniendo para la educación primaria índices mayores al nacional. Para Tóez Tierradentro el grupo en ese mismo rango de edad es de 56 personas y el 70% del total de población, de los cuales 39 personas han reportado como cursado algún grado de primaria lo que representa el 70%. Por la información recolectada no fue posible establecer en que casos se cursó la primaria completa.

Tabla No.11 Numero de personas que cursaron o cursan algún grado de primaria, secundaria o universidad

Escolaridad	Grados escolaridad Primaria					Grados escolaridad secundaria						Uni- versidad
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
No. de personas en Tóez Caloto	140	159	140	19	25	19	14	14	3	2	15	3
Subtotales	483					67						3
No. de personas en Tóez Tierradentro	11	12	10	2	4	3	2	1	-	-	-	-
Subtotales	39					6						
Totales	522					73						3

Fuente: Encuesta del presente estudio.

En la educación secundaria y con referencia a la educación primaria, los promedios descienden, si tomamos como edad posible de ingreso a la secundaria los niños mayores de 14 años, encontramos un total de población de 373 personas, el 54.4%. De este rango hacia adelante hay posibilidad de acceso a la educación secundaria, sólo 67 lo lograron,

representando únicamente el 18 % del total, lo que demuestra una enorme diferencia con los accesos a la básica primaria. Mientras en Tóez Tierradentro del mismo rango de edad se encuentran 39 personas que corresponden al 60 % del total de población, pero solo 6 lograron acceder a la secundaria, o sea el 15%.

Los niveles de educación universitaria disminuyen también, la encuesta reporta sólo 3 personas en el resguardo con este tipo de educación, tomando como referencia la población mayor de 25 años que suma en el resguardo un total de 242 personas, el 35.3% de la población, solo 3 personas tuvieron acceso a la educación superior, el 1.23% de este rango.

Actualmente un equipo liderado por los profesores bilingües y conformado por los otros profesores, miembros de la comunidad, alumnos y exalumnos preparan un proyecto educativo para una educación acorde a las costumbres *nasa* de apoyo a la conservación y reproducción de la cultura; han iniciado con el diseño de un currículo en las áreas de ciencias naturales y sociales que tiene en cuenta las etnociencias *nasa*, y el reciclaje como estrategia para mejorar la calidad del medio ambiente del resguardo. Se incorporó la lengua *nasa yuwe* como una materia que se dicta dentro de las asignaturas corrientes desde el grado cero hasta el Sexto de la educación básica primaria; así mismo se realiza el taller de artesanías a cargo de un grupo de 10 señoras voluntarias de la comunidad donde se enseñan las tecnologías empleadas tradicionalmente en la elaboración de la cultura material.

“No es conveniente una educación centrada sólo en lo indígena, sino una buena educación, que dé la posibilidad de conocer y comprender los diferentes mundos y las culturas también”, “la idea es que el niño *nasa* pueda conocer aquellas cosas buenas que la cultura dominante tiene”, “no queremos que los indígenas estén de espaldas a los conocimientos de occidente, como por ejemplo saber de medicina; tenemos que valorar el tipo de medicina occidental, pero que también se valore la medicina indígena”.(voces *nasa*)

3.2.2.5. La lengua

Los *Nasa* del Resguardo de Tóez hablan el *nasa yuwe*⁴⁸ clasificada como lengua aislada. Entre los elementos que otorgan identidad cultural a una cultura se encuentra la lengua que permite expresar y recrear los fenómenos que dan cuenta de la existencia de una comunidad, sus estructuras y formas de simbolización, la concepción del mundo, la significación de la naturaleza, y la conformación cultural política y organizativa; es a partir de los propios códigos lingüísticos que se construye cada particular visión de la vida, y es la razón por la cual con sus propios códigos se pueden aprehender mejor sus estructuras.

Inconsciente e involuntariamente las personas del sector educativo en el resguardo promueven el desestímulo para la práctica y continuidad de uso del *nasa yuwe*. La práctica educativa escolar se efectúa mayoritariamente en español, no por la intención de desplazar la lengua materna, sino porque en su mayoría los maestros son externos a la comunidad y no hablan el *nasa yuwe*, a pesar de sus vínculos culturales y biológicos de muchos de ellos con los *nasa*.

Se reconoce que la importancia de una educación bilingüe y bicultural no radica exclusivamente en la transmisión de los conocimientos y contenidos educativos en la lengua materna, sino en la promoción de su uso en la población escolar, fomento que no se hace en la actualidad; el espacio escolar es un espacio donde la lengua no materna es el

⁴⁸ Según Jon Landaburu se hablan 65 lenguas indígenas americanas con cerca de 400.000 personas hablantes en 22 de los 32 departamentos de Colombia. Las sesenta y cinco lenguas indígenas que subsisten hoy en día se reagrupan en 12 familias lingüísticas y 10 lenguas aisladas no clasificadas hasta el momento. Las familias se agrupan a su vez en cuatro secciones: 1) Chibcha, de probable procedencia centroamericana, 2) Arahua, Caribe, Quechua y Tupí, grandes familias suramericanas, 3). Chocó, Guahibo, Sáliba, Macú, Huitoto, Bora, Tucano, que son familias solamente presentes en el ámbito regional, 4). Diez lenguas aisladas: Andoque, Awa, Cuaiquer, Cofán, Guambiano, Kamentsá, *nasa yuwe*, Ticuna, Tinigua, Yagua, Yaruro.

vehículo comunicativo, diferente a lo que sucede en los tiempos y espacios no escolares y más familiares donde la mayoría de la comunicación verbal se efectúa en *nasa yuwe*; estas dinámicas demuestran una discontinuidad en la comunicación al interior del grupo, y hacen que la escuela siga siendo significada como el espacio de los blancos en su propio territorio.

En Tóez Tierradentro se pudo establecer que el 100% de la población habla el *nasa yuwe* y es bilingüe, pero en Tóez Caloto la encuesta no permitió conocer en detalle el número de las personas parlantes; ^{sin embargo} 32 personas adultas tomadas al azar informaron que la utilizaban como primera lengua y el castellano como lengua de contacto con grupos externos a la comunidad; hicieron saber su gran preocupación por el aprendizaje de la lengua en los niños y niñas obligados permanentemente a hablar el castellano, situación que no sucede en Tóez Tierradentro rodeados por un vecindario parlante del *nasa yuwe*. ✓

Lo anterior demuestra que la lengua en el resguardo de Tóez tiene vitalidad, pero con grave riesgo de continuidad por el contexto comunicativo en castellano, y se siente la necesidad de fomentar y promover en los organismos educativos la familiarización con la cultura y la lengua de la comunidad, con el fin de convertir la escuela en un mecanismo idóneo de educación, basado en el conocimiento del contexto de los educandos. La educación vista desde esta perspectiva, se constituiría en el eje sobre el cual girarían las acciones de reivindicación de la cultura *nasa* del resguardo de Tóez en particular. ?

3.2.2.6. Aspectos económicos

Las 7400 hectáreas del área de resguardo ubicada en la región de Tierradentro, presenta según la clasificación de Holdrige una gran variedad de zonas incluidas en el bosque húmedo y muy húmedo, de los pisos premontano y montano. referencia?

De su extensión, hay una primera unidad de 158 has entre los 1600-2500 m.s.n.m. con un relieve de ondulado a ligeramente ondulado correspondiente a las cercanías y vegas del río Páez, caracterizado por suelos profundos, texturas medias, bien drenados, regular contenido de materia orgánica, con presencia de pedregosidad en la superficie -típicos de las riberas del río-, clasificados por la comunidad como territorios no sagrados -mansos y cultivados- y utilizados por la comunidad para los cultivos de frijol, frutales y café con sombrero. (Nasa Kiwe, 1996)

La segunda unidad, la mayor extensión del resguardo con el 95.54% y 7.070,5 hectáreas, con alturas entre los 2000 a 3200 m.s.n.m., y con un relieve escarpado de suelos muy malos originados en rocas graníticas, muy ácidos, de baja fertilidad y regular contenido de materia orgánica. Su fragilidad no permite la intervención humana permanente, y en la territorialidad *nasa* es clasificado como territorio sagrado -salvaje e incultivado-. Los ambientalistas piensan que esta zona debe ser considerada como reserva ecológica, zona de estudio sobre sistemas de montaña y búsqueda de alternativas sostenibles de ocupación o intervención parcial por parte de la comunidad.

La tercera unidad es de 420.5 hectáreas comprendida entre los 1400 y los 3200 m.s.n.m. y el 5.68% de la extensión total del resguardo, con un relieve muy escarpado con tierras "malas", de afloramientos rocosos sin agua superficial e influenciado por las características de la parte baja del cono volcánico, sin utilidad para labores agropecuarias.

La cuarta unidad representa una pequeña parte del área total con una extensión de 38 hectáreas y el 0.51% de la extensión total, con terrenos por encima de los 3000 m.s.n.m. con ambientes muy fríos, extremadamente fríos y húmedos. Sus suelos son cubiertos por cenizas volcánicas y con la presencia de frecuentes afloramientos rocosos, bien drenados, con buena capacidad de retención y muy baja fertilidad; en las cimas -paramos- los suelos son ricos en materia orgánica, ácidos y con alta saturación de aluminio.

En la territorialidad *nasa* la unidad uno se corresponde con la clasificación cultural de territorios no sagrados -mansos y cultivados- mientras las unidades dos, tres y cuatro se corresponden con la clasificación territorial de territorios sagrados -salvajes e incultivados-, clasificación que ha permitido a los *nasa* delimitar claramente los espacios adecuados para el cultivo, los que debían permanecer en proceso de descanso -restauración autónoma-, los de reserva, y los que no debían ser intervenidos. Como lo veíamos en la territorialidad *nasa* el sustrato espacial ha sido significado y operacionalizado para poder vivir allí, y lo que el mundo de afuera ve como un territorio "cargado de metáforas", para los *nasa* es un complejo metonímico cargado de señales de vida y de destinos, sólo interpretados por ellos como el depositario de los orígenes de la vida y la cultura.

A partir de la construcción territorial del espacio, lograron desarrollar una economía agrícola no de subsistencia sino de "resistencia". Mi observación etnográfica, no hace más que corroborar la afirmación de varios autores, en el sentido de que el nivel de vida de los indígenas andinos en el Cauca está en el nivel de la indigencia. Las economías indígenas no alcanzan a producir excedentes para el mercado -a pesar de estar articuladas fuertemente a él-, sino que los productos agrícolas deben venderse, sacrificando el autoconsumo, en aras de obtener ingresos monetarios para adquirir aquellos productos que han incorporado a su dieta o necesidades básicas⁴⁹, a pesar de que dicho "intercambio" significa una notable desmejora en la dieta alimenticia.

Si como afirma Philippe Descola "la eficacia de un sistema económico no es tanto función de la cantidad de riquezas que engendra como de su capacidad de satisfacer los objetivos

⁴⁹ Aquí se hace referencia a productos procesados tales como aceite, arroz, enlatados, harina y panela. Hablo de desmejora en la dieta por cuanto el consumo de los carbohidratos ha desplazado significativamente al de la proteína animal. En el mes de julio de 2005 los indígenas de Tóez Nuevo vendían un huevo de gallina de campo en \$ 300 pesos (buen precio por ser de campo y muy apetecidos por la gente de la ciudad), para comprar huevos de gallinas de granja alimentadas con nutrientes procesados un poco más baratos (\$250 pesos), para obtener un excedente de \$ 50 pesos y así sumar recursos para comprar otros productos.

que se le asignan" (1988:415), en lo que a la economía indígena respecta tendría que decir que su eficacia no podría medirse en ninguno de los dos sentidos señalados, pues de una parte ni genera riqueza, y de otra tampoco cumple con los objetivos esperados o deseados. Es esta una razón más que lleva a hablar de una práctica económica de supervivencia o resistencia.

Las condiciones de pobreza existentes no ponen en entredicho las representaciones del territorio, sino por lo contrario sirven de sustrato material para reafirmarlas a través de procesos de recuperación, afirmación o cambio social. En efecto, los condicionantes políticos, económicos y sociales que atacan la concepción territorial e impiden la conservación del territorio, son retomados históricamente como explicación causal cotidiana de la pobreza existente.

De acuerdo a la clasificación de Holdrige, Tóez Nuevo presenta una sola zona de vida correspondiente al bosque muy húmedo montano en un clima cálido sobre una fisiografía plana. La vegetación natural mediante la acción antrópica fue reemplazada por pastos dedicados a la ganadería extensiva, y se roturó el suelo para la agricultura donde predomina la caña de azúcar sobre otros cultivos transitorios.

En esta estructura paisajista, se observan grandes extensiones de valle, a su alrededor pequeñas montañas, bosques secundarios, y extensas zonas habilitadas para potreros, conservando especies de flora y fauna en escaso volumen.

Las 363 hectáreas en Tóez nuevo permitían el usufructo de 2.50 Has por familia para el año 1994 cuando se asignaron las tierras y 0.6 Ha por persona; actualmente la relación es de 2.30 Has por familia y 0.52 Ha por persona, cifra que disminuye si se resta el área de poblamiento, vías e infraestructura vial.

Tabla No. 12 Uso de la tierra, área en hectáreas y porcentaje.

Uso de la tierra	Área en Hectáreas	Porcentaje
Pastos	146	42.94%
Praderas enmalezadas	141	41.47%
Agricultura	36	10.58%
Rastrojo	10	2.94%
Zona Urbana	7	2.05%
Total	340	100%

Fuente: Encuesta del presente estudio.

Las anteriores estadísticas revelan que en el momento de la aplicación de la encuesta, las áreas con actividades productivas -agricultura y pastos-, suman un total de 182 hectáreas con el 53,52% del total de su extensión, el otro porcentaje desde el punto de vista económico se encuentra improductivo.

Si se cruza la información de extensión en pastos y uso del suelo en agricultura con el número total de familias, encontramos que hay una proporción casi de uno a uno, siendo exactamente de 1.16 hectáreas por familia.

La vocación económica continúa siendo similar a la desarrollada por la comunidad en Tierradentro, una combinación de ganadería con agricultura, prevaleciendo en área la primera y en importancia cultural la segunda, en esta actividad se han sembrado los mismos productos característicos de la agricultura *nasa*, el binomio maíz frijol.

Los recursos pecuarios presentan índices muy bajos por familia y por persona, lo que permite pensar en la crisis alimentaria que sufre la comunidad con relación a la oferta de alimentos de origen animal (ver Tabla No. 13) ; más aún, si se tiene en cuenta que hasta la fecha de reubicación era una sociedad netamente de economía agraria. Situación que genera gran dependencia con el mundo exterior al resguardo para garantizar recursos de subsistencia.

Tabla No. 13 Especie y numero de animales y promedio por familia y persona.

Especie	No. Animales	Promedio x familia	Promedio x persona
Gallinas	609	3.90	0.88
Vacas	54	0.34	0.07
Terneros	30	0.23	0.04
Cerdos	14	0.08	0.02
Patos	10	0.06	0.01

Fuente: Encuesta del presente estudio.

El volumen de población animal, no obstante la poca extensión de tierra que se posee en Tóez Nuevo, no copa la capacidad de carga del terreno. Un ejemplo es el número de semovientes por hectárea, 44 animales entre vacas y terneros establecen una proporción de 1.73 animales por hectárea de la extensión de pasto, cifra muy baja si se compara con el contexto ganadero donde esta situado el resguardo.

Las labores productivas de la comunidad no cubren en el momento la totalidad del potencial de las tierras del nuevo asentamiento. A pesar de esto la extensión del área por familia y por persona dista de ser la optima para emprender procesos productivos con el necesario éxito económico, dado el contexto circundante.

Pensando en la racionalidad económica occidental, a mediano y largo plazo, la comunidad de Tóez esta abocada a cambiar en forma radical sus formas de producción tradicional con el fin de ganar autonomía y ser competitivas económicamente en la región.

3.2.2.7. La minga

La minga es un importante evento de reciprocidad étnica. Es la convocatoria que hace el gobierno del cabildo o un comunero para desarrollar un trabajo en la parcela comunitaria o en la parcela familiar, se invita a las personas según la cantidad de provisiones disponibles para atender a la gente con comida y bebida durante la faena. Existe un deber implícito de

concurrir a una minga, pero de igual forma, quien asista tiene derecho a ser retribuido en el futuro, con recursos de cosecha, o en su propia minga.

Esta estrategia comunitaria de solidaridad empieza a tener cambios que se han ido gestando en las diferentes esferas sociales y culturales. Sin desaparecer, se ha vuelto más esporádica en un nuevo territorio que vive una transición económica hacia la producción para el comercio, y se privilegian otras relaciones de producción que incluyen el salario por jornal, como una de sus estrategias.

Tabla No. 14 Vigencia de la Minga en el Resguardo de Tóez

Mingas	Vigencia de las mingas, (+), (+/-), (-)	
	Tóez Caloto	Tóez Tierradentro
Mingas convocadas por el gobierno del Resguardo	(+/-)	(+)
Mingas convocadas por un "comunero"	(-)	(+)

Fuente : Talleres con los *nasa*

Su realización esporádica preocupa a sus líderes porque la minga esta acompañada de otros elementos de la cultura indígena que involucran relaciones comunitarias en todo su contexto social; la minga no es simple aglutinamiento de fuerza de trabajo para determinados momentos de la producción -una cosecha, una roza, la construcción de una casa-, responde a una relación de intercambio social más amplia, mediada por la reciprocidad. En la minga se mantienen los lazos de parentesco y vecindad, se intercambian productos (y no-solo por lo que da el anfitrión, los invitados también llevan) , se discuten problemas al interior de la comunidad; se narran historias, se recrea la memoria, se interioriza el "ser indígena" y se realiza la festividad de jornada.

3.2.2.8. Convivencia y conflictividad cotidiana.

A continuación se registran algunos hechos referidos especialmente a las situaciones más críticas, tensionantes o conflictivas entre los *nasa*, en el manejo de las relaciones sociales del trabajo y su conexión con modalidades cotidianas de uso de la tierra y del territorio. Dichos puntos críticos, en lo que respecta a la concepción territorial, bien podrían denominarse, desde la teoría antropológica, como cambio cultural. La vulnerabilidad económica que hoy presentan los *nasa* no es un fenómeno coyuntural sino estructural al cual han sobrevivido.

El cambio cultural que puede expresarse en los procesos económicos y uso de la tierra y territorio, que contravienen sus contenidos míticos e históricos, todavía no han dado lugar a representaciones estructuralmente nuevas que se distancien de su matriz original o identitaria de concepción territorial.

Las fisuras entre la apropiación del territorio y el proceso de conservación y manejo del territorio posee para los *nasa* actualmente varios puntos críticos, a los cuales no se les asignó un peso según su importancia.

Los conflictos por límites en Tóez Tierradentro por la poca disponibilidad de tierras para el cultivo y la demanda colectiva sobre ella, obligaban con frecuencia a algunas familias a tomar posesión de tierras consideradas de otro resguardo; conflictos que se han reducido notablemente porque la presión sobre la tierra es menor por el número de familias que hoy lo ocupan.

En la lucha por hacer cumplir los acuerdos de compra de tierras para la ampliación del resguardo hasta alcanzar las 600 Has, dicho conflicto se ha desplazado a Tóez Caloto, pero se ha asumido de forma colectiva, situación que ha generado zozobra y conflictos con los

dueños de las fincas aledañas al resguardo y con las personas no indígenas que de una u otra manera logran su sustento económico del trabajo en ellas.

Al interior del resguardo se mantienen los mismos conflictos cuando una adjudicación abandonada temporalmente por el adjudicatario es ocupada por un vecino, cuando los vecinos no le ponen control a sus semovientes y se meten en otras parcelas a causar daños, cuando se corren los cercos de las parcelas, cuando una adjudicación original es dividida en porciones inequitativas y más pequeñas por efectos de una herencia, cuando sus linderos son imprecisos o sus marcas desaparecieron, cuando el cabildo adjudica tierras que anteriormente han sido adjudicadas o son poseídas de facto por otras familias.

Dadas las condiciones de suelo y climáticas para el cultivo de la amapola⁵⁰ en Tierradentro, algunos comuneros han permitido el arriendo del derecho de uso sobre territorios inalienables a personas “llegadas” para tal cultivo, generándose los conflictos cuando no se cumple con la palabra empeñada en este tipo de negociaciones.

Empieza a evidenciarse un deterioro en las relaciones de interdependencia, por los criterios de modernización económica que han contribuido al desprestigio de los sistemas de trabajo comunitario, hay casos en que familias indígenas dependen de la venta de su fuerza de trabajo afuera de la comunidad o a los mismos *nasa*, generándose inequidades. Unos tienen menos éxito económico que otros que se dedican a incorporar bienes insumos de prestigio rompiendo con la filosofía étnica del equilibrio y la armonía. Ruptura que se expresa con un mayor índice de problemas asociados con el mal-puesto o maleficio que en la región de Tierradentro.

⁵⁰ La Amapola, planta anual de la familia de las Papaveráceas, sus flores tienen intensidades diferentes de color rojo por lo común y semilla negruzca. Para su siembra no implica técnicas ni destrezas agrícolas desconocidas, y extraer su latex para procesar la heroína no requiere de una división especializada del trabajo.

3.2.3. Autonomía y dependencia.

“La historia, esa que no hemos permitido silenciar es el testimonio fiel y real que recuerda a los paeces que la violencia ha sido una constante marca de nuestras tragedias [...] nos obligaron a hacer la guerra y la hicimos porque añorábamos seguir ocupando nuestro espacio en el universo. Primero con la Gaitana, mujer de fuegos y gritos de guerrera animando y alumbrando el camino de un pueblo [...] después con Juan Tama de la Estrella, poderoso negociador con el adversario, indio nacido de las avalanchas, de las aguas y de las estrellas, [...] luego Manuel Quintin, solitario doctrinero de la unidad, la tierra, la cultura y la autodeterminación. Indio hijo de la servidumbre, el silencio y el esclavismo, para gritar rebeldías” (Piñacue, 1994)

3.2.3.1. Persistencia cultural

Paralelamente a la diversidad cultural se han diseñado y desarrollado procesos sociales con el propósito de diluirla, y para ello se han generado prácticas políticas, sociales, económicas e ideológicas de homogenización cultural. Diversidad y homogeneidad son como las dos caras de una misma moneda, cuya dinámica ha generado relaciones interculturales históricamente disímiles, de gran complejidad:

“Mientras que las culturas se consideren simplemente como diversas, pueden, o bien voluntariamente ignorarse, o bien considerarse como compañeras en vistas a un dialogo deseado. En ambos casos, se amenazan o atacan de vez en cuando, pero sin poner verdaderamente en peligro sus existencias respectivas. La situación se hace completamente diferente cuando la noción de una diversidad reconocida por ambas partes, es sustituida en una de ellas, por el sentimiento de su propia superioridad, fundado sobre relaciones de fuerza, y cuando el reconocimiento positivo o negativo de la diversidad de las culturas da paso a la afirmación de su desigualdad” (Levi-Strauss, 1981:305)

Fue este sentimiento de superioridad Europea el que se hizo presente en toda su magnitud y extensión en el tiempo en que el Continente estaba habitado plenamente por la diversidad. Con cierta razón se afirma que 1.492 más que el año del descubrimiento fue el inicio del encubrimiento y más que el encuentro de dos mundos, fue el de un gran des-encuentro entre dinámicas heterogéneas.

Este proyecto excluyente y negador, propio de todo proceso de colonización, fue enfrentado por los indígenas que apelaron a estrategias de resistencia múltiples dependiendo de las particularidades de la dominación. En el Cauca Indígena se comprueban estrategias como el silencio: los indígenas unas veces callaron y otras se rebelaron; asumieron la guerra y también la evitaron; algunos prefirieron desaparecer antes que someterse -se enterraron vivos-; otros se transformaron haciendo suyos elementos culturales ajenos para ponerlos a su servicio -elementos del santoral cristiano-; también los hubo que abandonaron prácticas culturales propias y tomaron nuevas, a la vez que otras fueron encubiertas -como las asociadas al chamanismo-, muchos reaccionaron a los intentos de concentración de población dispersándose, y con alianzas interétnicas (Paeces-Pijaos) respondieron a las maniobras de desmembración.

Por ejemplo, las diferentes redes de intercambios que existieron entre las diversas comunidades de los andes, la selva y las costas, en el territorio de lo que hoy es Colombia, -según la versión de Arqueólogos, etnohistoriadores y etnólogos⁵¹-, se transforman a la llegada de los Españoles en ejes de resistencia y durante la Colonia usaron su *imago* -construido por los Españoles- para devolverlo como “bumerang” ampliando y afianzando su poder. Hoy en día subsisten acomodándose a la estructura de mercado y son la base de la construcción de la cultura popular.

⁵¹ Entre los arqueólogos: Mora, (1990), Andrade (1990), Llanos, (1990), Uribe (1985), Groot, Correa y Hoikass (1976); Etno-historiadores: Oberem (1981), Langebeck (1987), Ramírez (1989); Etnólogos: Chaumeil, (1991), Seijas (1969), Langdon (1990), Taussig (1987), De Friedman y Arocha (1985), Pinzón y Ramírez et Al.(1986).

“[...] redes que además de permitir el fluir de productos entre diferentes pisos térmicos y configurar una estrategia multi-regional, permitían el cambio de carreras ceremoniales, códigos de salud y enfermedad, plantas medicinales y sagradas, cosmovisiones, instrumentos musicales [...] en el contexto de este intercambio los chamanes⁵² fueron los protagonistas centrales de la invención y reelaboración de estas relaciones de intercambio” (Pinzón, Suárez, Garay 1993: 156)

Las dinámicas actuales de las comunidades nos llevan a afirmar que -las que lograron sobrevivir a los etnocidios y las epidemias- se opusieron al poderío político, las armas, las instituciones y los ejércitos, mediante los poderes y las fuerzas naturales creadoras de la diversidad cultural; las políticas de dominación y uniformidad estuvieron acompañadas de una forma manifiesta o soterrada por destrezas de autoafirmación y alteridad.

De tal manera, que pensar la identidad de los pueblos amerindios respaldada en la existencia exclusiva e inmutable de elementos culturales que lograron sobrevivir a la imposición cultural española, resulta hoy una posición sesgada; la perdurabilidad de un grupo étnico no se funda necesariamente en la permanencia de los valores culturales tradicionales, sino en la capacidad que tienen los pueblos para transfigurarlos de acuerdo con sus ideales de vida; en este orden de ideas, la identidad se define más por las relaciones y las transformaciones de los pueblos.

Las comunidades *nasa*, no obstante los procesos de dominación, sujeción, ubicación en "inhóspitas regiones" y desplazamientos hoy marcan una diferencia étnica que la ejercitan,

⁵² La etnografía Suramericana da cuenta de los desplazamientos de los “hombres sabios” a lo largo de las poblaciones Andinas obteniendo y ofreciendo conocimientos médicos, los Kallawayas partían de Bolivia y recorrían Perú, Chile, Argentina, Ecuador y llegaban hasta Panamá; también iban al Brasil (Girault 1987), sobre desplazamientos de chamanes en el Perú entre la Sierra y la Amazonía nos habla Chaumeil (1991). Taussig (1979)

la renuevan y la evidencian a través de sus actividades cotidianas dentro de su territorio como afuera de él.

“Hoy continuamos con el liderazgo, colectivizado en el Consejo Regional Indígena del Cauca⁵³, y nos proponemos reconstruirnos como pueblo para seguir buscando que nuestros sueños sean una realidad en nuestra cultura y en nuestra vida [...] jamás hemos inclinado la cabeza, ni nos hemos doblegado, porque el espíritu de águilas y montañas nos han hecho con los truenos unos intrépidos amasadores del futuro” (voz *nasa*)

3.2.3.2. Propias formas de gobierno y autoridad

Los *nasa* han mantenido la estructura del resguardo⁵⁴ y el cabildo desde mediados del siglo XIX, el cabildo es producto de la influencia española en las estructuras políticas amerindias y fue creado por la Corona como una forma alterna de dominación de las comunidades indígenas, que a su vez le garantizaba el pago de tributos, la vida en policía o en centros o pueblos de indios, donde podían ser adoctrinados por medio de la iglesia, en procura de la hispanización.

Dicha estructura significó un empobrecimiento socio-político si se compara con los cacicazgos coloniales que les antecedieron, pero la apropiación por las comunidades y sus

53 En el año de 1971 los *nasa* contribuyeron a formar el Consejo Regional Indígena del Cauca (CRIC) una poderosa organización de base amplia cuya plataforma política incluye, entre otras cosas, la defensa de la historia indígena (CRIC, 1983: 5), que esta básicamente encapsulada en los mitos y en la geografía sagrada. Esta clase de historia ha probado ser crucial en la solución de problemas de tierras, disputas políticas y herencias, y en el fortalecimiento y creación de la identidad comunal, fundamental para enfrentar a los grupos hegemónicos (Rappaport, 1990)

54 La institución jurídica del resguardo se remonta al año de 1561. Posteriormente se afirmó jurídicamente su existencia a raíz de la expedición de la ley 89 de 1890 que a pesar de su filosofía reduccionista, sirvió como sustento jurídico para la existencia de territorios ocupados por comunidades indígenas con un fuero especial y una forma de gobierno interno igualmente especial. Entre las garantías otorgadas por esta ley, se encuentran, la propiedad comunitaria de la tierra, la titulación colectiva de la misma, asignación interna a comuneros en calidad de usufructo, son enajenables, imprescriptibles, no pagan impuestos a la nación, y son gobernadas y administradas por un cabildo elegido anualmente de forma democrática, garantizando de esta forma la unidad territorial y una relativa autonomía en el ejercicio del gobierno interno de la comunidad.

nuevas funciones asignadas les sirvieron para resistir las diferentes formas de expropiación territorial. Desde entonces, el cabildo internamente se ha erigido como el modelo de autoridad básica gracias al éxito como institución indispensable para la defensa de sus derechos y territorio. En los momentos más cruciales proporcionó la cohesión necesaria para convocar liderazgos naturales y garantizar la interlocución con otras organizaciones indígenas y no indígenas.

De esta manera la figura de tenencia de la tierra en resguardo y de gobierno por cabildo, se constituye en factor substancial para su lucha por la autonomía y la preservación de su estructura cultural. El resguardo, no obstante su delimitación y cercenamiento de lo que antes fuera un gran territorio indígena, sigue siendo el sustrato territorial esencial para la vida y la perdurabilidad de los *nasa*; en su interior se desarrolla la vida cotidiana de la comunidad, constituyéndose de alguna forma en un microcosmos, con vida más o menos independiente del resto de la población.

Tóez es un resguardo antiguo, creado mediante cédula real, y con vida jurídica y territorial independiente en un espacio de tiempo cercano a los 200 años, lo que le otorga un importante proceso histórico de conformación como grupo, un territorio, y una identidad al interior y el exterior de la comunidad base para la existencia de un grupo étnico. Tóez se conformó como núcleo de población en un área de 70 hectáreas⁵⁵, bajo las directivas de crear poblados con el fin de llevar nuevos grupos de población que mediante su ejemplo estimularan los cambios en los hábitos y las prácticas sociales y económicas. Este factor influyó poderosamente en la generación de cambios en los sistemas sociales y en los procesos de endoculturación

⁵⁵ Al igual que Chinas, Tóez o Santa Bárbara fueron los últimos pueblos que se fundaron en toda la provincia de los Páez en el año de 1745, fundación a la que estuvieron íntimamente ligados el Padre Eugenio del Castillo y el gobernador de indígenas Ambrosio Toens cuyo nombre vino a sustituir al original de Santa Bárbara (González David, sf.)

Otro factor que actuó como catalizador de los procesos de cambio cultural fue la construcción y puesta en funcionamiento del núcleo escolar de Tóez, que desde el año de 1959 congregó a profesores de diferentes lugares del departamento, y otras regiones del país con la influencia de cambios en el ámbito social que una estancia permanente y prolongada hace sobre los sistemas socioculturales. Seguramente alguna de estas razones de influencia histórica motivó a la comunidad a solicitar, después de la avalancha, tierras en lugares tan apartados y diferentes como los del norte del Cauca.

Actualmente cada asentamiento del resguardo de Tóez tiene su cabildo. En Tierradentro el cabildo continúa con la dinámica de trabajo marcada por la histórica, y en ambos territorios su legitimidad se sustenta en factores como: 1) la defensa del territorio, 2) la adjudicación de las tierras, 3) la mediación en los conflictos familiares y de convivencia comunitaria, 4) la organización de los trabajos comunales, 5) la representación ante similares y ante instancias gubernamentales del Municipio, el Departamento y la Nación. Funciones que garantizan un margen de gobernabilidad importante para “administrar” distintas situaciones problemáticas, que de agudizarse erosionarían severamente el umbral mínimo de seguridad con el que el territorio ha sido creado.

La crisis en los cabildos surge porque su capacidad decrece ante la dificultad de responder al mismo tiempo a las demandas internas de la comunidad y a las externas o propias de las relaciones con el Estado y con la sociedad nacional.

Constantemente las tareas de gestión y representación ante el Estado y la sociedad nacional lleva a no priorizar la atención en aquellas funciones tradicionales internas, y en especial a las relacionadas con la conflictividad cotidiana. La convicción y costumbre comunal de acudir sólo al “principal” -el gobernador- para la solución de sus problemas, se traduce en inconformidad y en un vacío de autoridad muy grande cuando él debe permanecer buena

parte del tiempo por fuera de la comunidad que lo eligió, debido a su presencia para obtener o vigilar que los recursos del Estado lleguen a su resguardo, por ejemplo.

El papel tradicional del cabildo de conciliador y de sancionador, cuando ha sido necesario, tiende a perder vigencia en Tóez nuevo, en especial entre los líderes o los jóvenes. Hasta ahora no se ha clarificado una estrategia que descongestione al cabildo y fortalezca una instancia alterna para que las tensiones internas no se desborden en su ausencia. En los últimos tiempos el cabildo participa de dos tipos de exigencia bastante complejas: por un lado se espera que promueva el acceso a ciertos beneficios colectivos como escuelas, carreteras, plazas escolares, etc.; y por el otro, se le pide mayor presencia y autoridad en el manejo de los asuntos internos. Hasta ahora no hay respuestas eficientes a dichas demandas comunales a través un modelo organizativo nuevo.

Si a todo lo anterior se agrega el predominio en los territorios vecinos al resguardo de fenómenos de cultivos ilícitos -amapola en Tierradentro y coca en la parte plana-, y otros no menos complejos a su interior como la presencia de movimientos religiosos, movimientos armados, presión estatal para la modernización -sin recursos ni acompañamiento-, fenómenos para los cuales el cabildo tiene limitaciones de intervenir -bien sea por incompetencia o por los riesgos que implica-, es natural que los procesos más importantes de la comunidad tiendan a resolverse al margen de la autoridad étnica, poniendo en duda las tradicionales formas de gestión del cabildo y comprometiendo no tanto su legitimidad pero si su gobernabilidad.

3.2.4. Dialéctica entre la fuerza étnica interior y el mundo de afuera.

Como sociedad itinerante ante los embates de la violencia, desalojo y escasez de tierras y búsqueda de nuevas alternativas, su estrategia para seguir siendo pueblo ha sido su

dinámica dialéctica entre su mundo interno -fuerza étnica- y el mundo de afuera; es decir, su capacidad de cierre o abertura frente al mundo exterior.

Fuerza étnica afianzada en la unidad “no como simple reunión de personas, sino como compenetración en un sólo espíritu de muchas fuerzas, para mantener vigente nuestra vida y nuestra cultura”, sustentada en una visión del mundo que ayuda a construir una sociedad sobre el equilibrio y la armonía, de la cual se nutre la lucha por negarse a dejar de pertenecer a su propia cultura, donde “se respeta la autoridad y el gobierno, que en grandes asambleas han sido escogidos y finalmente legitimados por el *tʰeʷ Wala*. [...] sin gobierno no hay unidad”.

Las voces de los *nasa* y sus interpretaciones sobre la dialéctica en referencia evidenciaron la existencia de unos principios que han garantizado el éxito de la permanencia del grupo como sociedad y como individuos fuera y dentro del territorio; ellos son :

El sentido de territorialidad.

El cual es complementado con un sentido de pertenencia,

“El apego a nuestra tierra mas allá de lo jurídico que nos permite la tenencia con unas características de propiedad colectiva y adjudicación en usufructo[...]el territorio es el fundamento de nuestra existencia cultural [...], él tiene un saber y es como un libro abierto que nos ayuda a construir los conceptos propios de espacio, tiempo. [...] las señas que perciben los *tʰeʷ wala*, y que permiten evaluar el medio natural como social, vienen y tienen su explicación en la naturaleza” (voces *nasa*)

Apego a su territorio que se ha constituido en un todo indivisible marcado por una simbolización con mucha carga mítica como se anotaba en el ítem anterior de territorialidad *nasa*; el individuo donde se encuentra está intimamente ligado a su territorio, unión que se

refuerza a través de la continuidad simbólica que produce el tener su placenta “sembrada” en su territorio, aunada a la connotación psicológica y cultural que ello implica. De ahí la resistencia de las mujeres embarazadas a “tener sus hijos en el hospital”, por la incertidumbre frente al destino final de la placenta, que es como la incertidumbre frente a la identidad o pertenencia al territorio como fortaleza.

La ética indígena de relación con el territorio es recreada en los rituales de refrescamiento que se realizan a las personas que salen o entran del territorio, no solamente para que las personas tengan un buen viaje y un buen regreso, sino para que a su regreso no traigan costumbres que generen *p^htaⁿd_z* -suciedad, desequilibrio- en la comunidad; esta costumbre se hace menos frecuente en Tóez Nuevo. Y si se hiciera, estarían en un permanente ritual ante los frecuentes requerimientos de la gente por su necesidad de movilizarse por territorios no indígenas en busca de trabajo para la subsistencia.

La identidad,

“Ha permitido la unión en la lucha por la defensa de la vida de nuestra tierra y de nuestra cultura”, y el fenómeno natural que causó el desplazamiento permitió revitalizar la identidad étnica y muchos de los fundamentos de la cultura y la necesidad del fortalecimiento comunitario, se hace perentorio “refrescar” el territorio y convivir con él de conformidad a las tradiciones; es decir, compartir los ritos, las ceremonias y las costumbres propias.

El concepto propio de historia,

Que los *Nasa* avalan como uno de los garantes de la subsistencia como grupo, “tenemos una historia que se confunde con el presente y el futuro”; las historias, además de recordar hechos sociales míticos que realmente sucedieron, los actualizan, los enriquecen y los

ponen al servicio de las necesidades actuales, los renuevan con nuevos acontecimientos y ritmos narrativos que lo convierten no en parte del pasado, sino en una refuncionalización acorde a las necesidades actuales, permaneciendo de esta forma, vivo y eficaz en la conciencia del grupo.

La memoria,

Como el ejercicio que permite mantener vivas las enseñanzas de la naturaleza;

“Nos obliga a tener presentes las vicisitudes de la vida de la comunidad, que si las olvidamos estaríamos condenados a cometer los errores que en algún momento dado pueden colocar en riesgo la vida individual y comunitaria, que es más o menos lo que ha ocurrido en los últimos tiempos, donde los paeces distraídos por los conflictos internos y por el vaivén de la violencia en el País, no hemos tenido en cuenta los registros que han quedado en la comunidad[...]la violencia ha impedido que el proyecto social armónico siga su curso, por ello, la perdurabilidad del pueblo nasa se ha fundado y debe continuar en la relectura de la historia, de la cultura, de la memoria y del pensamiento *nasa*” (voces *nasa*)

Teniendo como referencia los principios culturales que se han defendido desde el momento mismo del contacto, se puede afirmar que para ellos no existiría futuro como grupo si olvidan el pasado, y que los intentos de introducirlos a la racionalidad de otra cultura a la cual nunca han pertenecido, es convertirlos en lo que no son.

La lengua *nasa yuwe*,

Es el otro ingrediente fundamental para la cohesión interna, que debe mantenerse como pilar que aglutina y soporta la identidad al permitir una expresión y comprensión mucho mayor de la cultura (ver 3.2.2.5 Lengua)

De tenerse en cuenta estos principios es posible :

“[...] la relación con los *muskas* (mundo de afuera) puede ser más productiva para seguir construyendo nuestra identidad, así lo ha sido a través de la historia cuando apropiamos el resguardo y el gobierno del cabildo”,

“[...] hemos sido abiertos a todas las posibilidades que brinda el conocimiento de afuera, y lo hemos retomado y adaptado a nuestras necesidades”,

“[...] es que nosotros no lo sabemos todo, los indígenas no lo sabemos todo y somos concientes de eso, por eso se hace necesaria la palabra del *muska*, la enseñanza del *muska*, aunque es cierto que frente al *muska* hay mucha desconfianza, antes se dejaban engañar, ahora no, y cada día hay más desconfianza porque hay mayor conciencia”,

“[...] lo bueno sería que sucediera lo que usted hace: venir, dialogar y hacer conocer esa ciencia que ustedes tienen, compartir con nosotros esos conocimientos”,

“[...] con el intercambio es posible que mejoren las cosas, porque el indígena necesita muchas cosas; pero, no para extinguirlo, sino para fortalecer el mundo *nasa*”.

“[...] hay que traer la tecnología pero no el sistema, queremos un indígena *nasa* que sea profesional y que esté acá, que hable *nasa yuwe* y que le hable de su conocimiento a su gente, que haga sus inventos y sus trabajos con su gente” (voces *nasa*)

CAPITULO 4

El cuerpo humano como modelo organizador del mundo *nasa*

La relación cuerpo-cultura es incuestionable, cómo también lo es que a cada cultura corresponde una determinada concepción del cuerpo que históricamente varía, el cuerpo es el término de referencia obvio en la percepción del mundo como portador y engendrador de significados⁵⁶, instrumento intermediador frente a la naturaleza⁵⁷ (real instrumento, el hombre y sus medidas), modelo de referencia espacial, y como tal es territorio y define territorio; es "cuerpo cultural"⁵⁸, donde se totalizan las instituciones producidas por el hombre a través del conocimiento y la producción de historia, que se recrean a través de los rituales que guardan simbólicamente la memoria cultural.

El saber curativo de los *nasa* gira alrededor de un sistema de signos sentidos y acciones que por una parte implica las representaciones sobre el ser indígena y su cuerpo humano, sus percepciones de enfermar, sus clasificaciones, sus saberes y sus practicas de control y prevención; y todo inscrito en un sistema global de pensamiento⁵⁹ como la gran "experiencia organizadora colectiva" que regula, garantiza el bienestar y la etnicidad de la sociedad, que se expresa en los diferentes momentos de la cotidianidad, como una "ética

⁵⁶ El actor y autor Antonin Artaud (1984) evidencia esa dimensión profunda y mágica del cuerpo como portador y engendrador de significados. En esta misma perspectiva avanza el antropólogo José Luis García (1976) al abordar las condiciones infraestructurales de la territorialidad humana en su texto: "Antropología del Territorio "

⁵⁷ Marcel Mauss (1936) ha precisado el alcance que tienen las técnicas del cuerpo.

⁵⁸ En este tema muchos han trabajado, Augé (1996:78) concibe el cuerpo como un espacio material en el que se sintetiza el mundo, pero que al mismo tiempo sugiere la necesidad de recorrerlo y debe recorrerlo, López Austin Alfredo (1989), en su trabajo sobre "Cuerpo e Ideología", a través de la reconstrucción de los codices nahuas, demuestra que la ideología que tenían los Nahuas sobre el cuerpo humano reflejaba en este, el tipo de organización social y política, la concepción mítica del cosmos y que por eso a través de la ideología de un grupo y en especial del concepto del cuerpo humano se puede reconstruir las formas de organización social, económica y política.

⁵⁹ A través de los estudios etnográficos se pone en evidencia que los saberes y prácticas médicas no-occidentales, son respuestas pertinentes y eficaces a los problemas de salud que afectan a los pueblos indígenas y que estas respuestas constituyen "auténticos sistemas médicos diferentes, pero no necesariamente menos importantes, que el sistema médico occidental" (Brunelli, 1987:87); yo agregaría que poseen un marco conceptual que es su cosmovisión.

cultural" que rige la conducta individual, social y de relación entre los individuos y de estos con su entorno, producto del ejercicio de aprehensión y significación que se hace de él, para entenderlo, explicarlo y proyectarlo en sus formas de relación intercultural, donde se incluyen las expectativas frente a lo nuevo y lo desconocido.

4.1. Cuerpo humano-cultura-pensamiento.

En coherencia con los saberes que -en sus diferentes singularidades- las sustentan, las prácticas curativas buscan restaurar el equilibrio, la salud, el bienestar, motivadas por las manifestaciones de desequilibrio, enfermedad y malestar exteriorizados por una persona que es realidad corporal y experiencia socio-cultural; exteriorización que ella hace desde su percepción y representación de lo que es su cuerpo, la salud, la enfermedad, y que se comparte y se reconoce en su contexto sociocultural. Es decir, es una realidad objetiva y subjetiva al mismo tiempo instaurada en la construcción cultural de un cuerpo humano⁶⁰.

Se comparte la afirmación que cada cultura asume una concepción acerca del cuerpo humano, sus funciones y ciclos, y que gracias a ello no se puede hablar de un cuerpo humano universal y menos de la universalidad de un solo saber y práctica médica. También se plantea que es en las particularidades de la construcción de esta experiencia y de su ideario donde la globalidad no es posible como proyecto absoluto.

La sociedad *nasa* y las sociedades en general, se imaginan, piensan, constituyen, elaboran historias y transforman las instituciones económicas, la organización social, el sistema político, la territorialidad, la concepción de la naturaleza y los mitos (López:1989) a través

⁶⁰ El sólo hecho de pensar el cuerpo impone la transdisciplinariedad. Si para la etnología y la fisiología el cuerpo ha sido motivo de reflexión permanente, los textos genealógicos de Foucault le dieron a la historia, a la sociología y al conjunto de los estudios culturales una nueva perspectiva, especialmente al definirles un nuevo contorno a las áreas de estudio, las fuentes y los puntos de vista que considera el cuerpo y dotarlos de una visión política y cotidiana de la que antes carecían. (Pedraza, 1999)

de los seres humanos -con sus cuerpos-, creando en su conjunto un marco de conocimiento que los totaliza en la concepción de un cuerpo cultural.

"Las concepciones que se forman acerca del cuerpo humano -como el cuerpo mismo- son meollos receptores, ordenadores y proyectores de las esferas físicas y sociales que las envuelven: El estudio de estas concepciones debe partir del conocimiento de las sociedades que las crean y, recíprocamente, puede dar debida cuenta del mundo natural y social en el que los creadores han vivido. La relación entre estas concepciones y la acción y el entorno humanos es tan íntima como se creyó en la antigüedad que lo era el vínculo entre el microcosmo y el macrocosmo" (López, 1989:7).

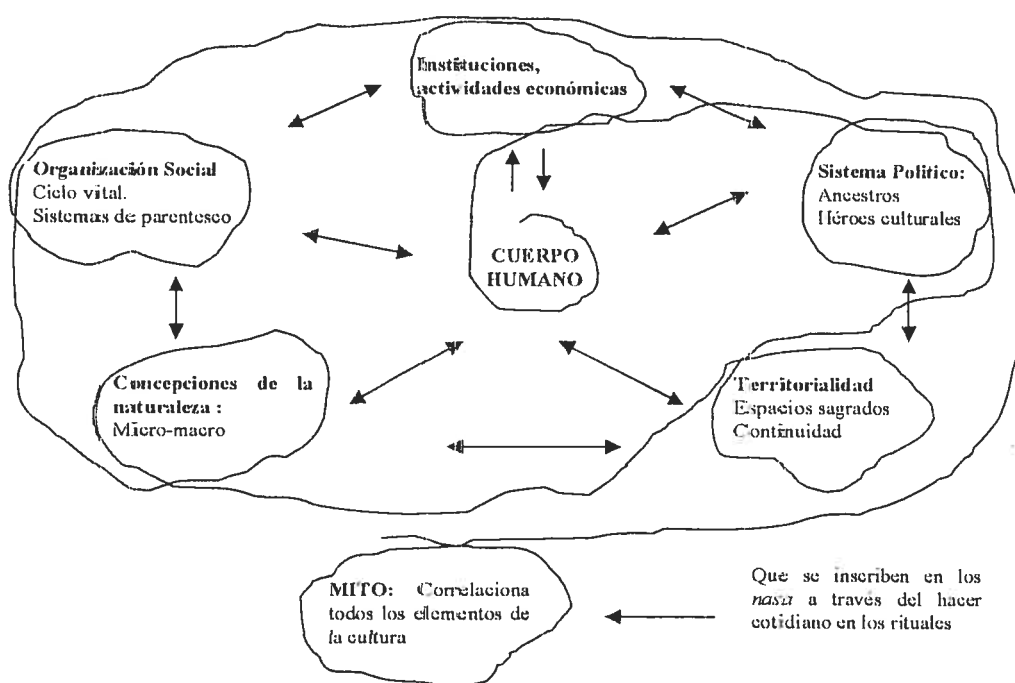
De tal manera que el cuerpo encuentra la explicación de su origen, desarrollo, destino, fuerzas de regulación, y correlación con los otros eventos de la cultura, en el mito y se interioriza en sus miembros a través de él hacer de la cotidianidad y en los rituales (ver grafico No.3)

El cuerpo como continuidad de la naturaleza aporta una concepción particular de la sociedad y en ella los procesos de equilibrio-desequilibrio, todo dentro de un gran contexto de pensamiento que es su producto. El cuerpo humano es territorio, es sociedad, es historia, es cultura, y es memoria alimentada y retro-alimentada a través de los rituales de la cotidianidad donde la experiencia cultural como cuerpo se inscribe en el organismo humano fomentando su eficacia simbólica. Este proceso de inscripción aunque simbólico, se ha comprobado, a través de las neurociencias, que se expresa en conexiones de redes de neuronas. (McCulloch y Pitts 1986, Mithen 1998)

Por eso colocados en el mundo *nasa*, en la cientificidad occidental, o en la concepción oriental del cuerpo humano, siempre se va a encontrar que lo que le ocurra a él, lo que lo amenace, lo que lo enferme, lo que lo deteriore y todos estos procesos hasta la muerte y su continuación simbólica, todo ello depende de lo que el cuerpo es. En consecuencia ha sido

posible la comprensión del cuerpo por dos vías emparentadas epistemológicamente: lengua-historia, con su síntesis lengua-cultura; constituyéndose así la relación cuerpo-cultura⁶¹ en un eje importante de la experiencia organizadora colectiva.

Grafico No. 3 Cuerpo humano construcción cultural



Relación que abordé desde la lingüística recogiendo y actualizando vocabulario sobre el cuerpo humano *nasa* y sus correspondencias con el medio ambiente, en Tóez Tierradentro pude comprobar el postulado que afirma que a cada cultura le corresponde una concepción

⁶¹ Johannes Buhler (1977) en "Vida y cultura en la edad media" ha mostrado en un hermoso capítulo (VII Estampas de la vida medieval) 2. Los cuidados del cuerpo, pp.256-270, cómo era éste en esa época, qué se pensaba de él y sobre él a través de los cuidados, a través de la higiene. Un autor latinoamericano que ha rastreado la relación cuerpo-enfermedad en los términos de la historia es el mexicano Ruy Pérez Tamayo en sus obras: "Enfermedades viejas y enfermedades nuevas y Serendipia. Ensayo sobre ciencia, medicina y otros sueños" (1985). La polémica ensayista Susan Sontag escribió una obra dedicada a la tuberculosis y el cáncer y su contexto cultural en la Europa del siglo XIX: "La enfermedad y sus metáforas", y Sandra Pedraza en su

del cuerpo humano encarnada y expresada en su cosmovisión, donde se dificulta la separación de la concepción del cuerpo, del de la salud-enfermedad (remedios, curaciones), naturaleza, territorio, sociedad, historia.

La coherencia de estos elementos se encuentra asegurada precisamente por la cosmovisión que cubre desde el mito hasta la práctica social más trivial, en un espacio donde hay correspondencia entre el significante espacial y el significado territorial, cosa que no sucede en Tóez Nuevo donde sigue presente el significado, pero el referente significativo está lejano, o está por construir.

Se fue evidenciando que el hombre *nasa* se percibe como naturaleza, identificado con ella; concepción cuyas motivaciones pueden encontrarse en el juego de las representaciones de identidades míticas, no a la manera como lo plantea Bastien para el mundo andino; según él: "ellos ven los sistemas de la naturaleza para la identificación de sí mismos" (Bastien 1985:9); sino más bien como lo plantea Descola: "bajo el aspecto de las interacciones dinámicas entre las técnicas de socialización de la naturaleza y los sistemas simbólicos que las organizan" (Descola 1988:19).

Las primeras aproximaciones a las concepciones sobre el cuerpo humano y a la cultura *nasa*, con el aporte de la lingüística, dejaron en evidencia problemas que tienen que ver con la traducción de la cultura⁶², y otros que me llevaron a pensar que el término medicina tradicional usado por los *nasa* y no *nasa* es inadecuado para referenciar la complejidad cultural que encierra toda la cosmovisión asociada a la salud y la enfermedad, evidenciando

libro "En cuerpo y alma -visiones del progreso y de la felicidad-", da cuenta de los procesos de transformación de las imágenes del cuerpo.

⁶² *p^htaⁿd_z*: es traducido como sucio, pero no es el sucio entendido por nosotros: "desaseo, mugroso, cochino, inmundo" (LAROUSSE, 1988), etc. El término *p^htaⁿd_z* es una categoría muy importante y a la vez compleja en la cosmovisión *nasa* que indica amenaza al medio ambiente, al individuo, a la comunidad, también indica desequilibrio, desarmonía; es el exceso de frío o calor como "malas energías cósmicas" Al respecto ya comentaba en la metodología del presente trabajo.

el obstáculo epistemológico de estudios precedentes -por sus inherentes preconceptos- que impidieron partir de las propias percepciones y concepciones de los *nasa* para profundizar en el conocimiento de sus saberes y prácticas; situación que se extendía y se extiende a todos los aspectos de la cultura, dada la gran vigencia de la lengua nativa denominada *nasa yuwe*.

4.1.1. Cuerpo humano continuidad de la naturaleza.

El cuerpo humano para los *Nasa* es un territorio compuesto por agua, piedra, cumbres, cerros, huecadas, raíces, tallos, cogollos, hojas, etc.; existe una relación topológica cuerpo humano-naturaleza que a través de los lexemas ha quedado como huella en el sistema de la lengua (Ver anexo No.4. Una muestra de léxico *nasa yuwe* : cuerpo humano-naturaleza)

Entre los *nasa* decir “yo soy árbol” es tan natural como decir “yo soy indio”. Simplemente que el hombre se percibe íntimamente ligado a la naturaleza, identificado con ella; de tal forma que puede ser un árbol⁶³. Entre los *nasa* el cuerpo humano es un árbol⁶⁴. *khat_y* ~ “piel” y en el árbol es la “corteza”. *wet_se* es en el árbol lo que corresponde a la “raíz” y en el cuerpo humano es el equivalente a “tendón”. *“d_yi²t* en el cuerpo humano es “hueso” y en el maíz tierno corresponde a “tallo”. *ku²ta* es el “hombro” o el “brazo” en el cuerpo humano,

⁶³ Dice un indígena Cuna, Binigdi Abadio: “La cultura es para nosotros como un árbol mágico que hunde sus raíces en nuestra historia, para extraer de la memoria colectiva de nuestra gente, la savia maravillosa que nos nutre y nos hace soñar de nuevo”. En: Jaramillo 1987, investigación en cultura: Metodologías, pag. 157. Más clara no puede ser la comparación y está de acuerdo con la relación que el indígena mantiene con la naturaleza. También en la cultura occidental, precisamente la palabra cultura significa cultivo; es decir relación de trabajo con la tierra.

⁶⁴ Según el análisis lingüístico no es correcto traducir esta expresión *nasa* como una metáfora, ya que no alude a una relación de comparación “el cuerpo es como un árbol” sino a una afirmación de identidad e isomorfismo “el cuerpo es un árbol”, de aquí que los nombres dados a las diferentes partes del árbol sean los mismos con que se designan las del cuerpo.

pero también es parte del nombre de la rama del árbol *f_ytüu ku[?]ta*, en donde *f_ytüu* es "árbol" y *ku[?]ta* "brazo" o sea el "brazo del árbol".

Qué el cuerpo sea considerado como árbol es un indicio más de la intimidad con la naturaleza, reforzando además, la importancia de *"d_yi^hu kiwe* -el mundo de abajo-, como lugar donde se inicia el ciclo vital para plantas animales y personas, que no sólo se corresponde con el proceso biológico de nacer crecer y morir; sino con un ciclo temporal y cosmogónico que recoge toda la experiencia originaria y de perpetuidad del grupo. La relación cuerpo humano *nasa*-naturaleza, es evidenciada por lexemas que nominan las partes del cuerpo con significados analógicos que entrecruzan lo corporal y natural.

El agua "detenida" en las lagunas es fuente de vida, génesis del mundo *nasa*; el agua que corre a través de ríos y riachuelos es la no-vida, no es agua "detenida"; menstruar en *nasa* es no vida, es correr agua, *kwekwe yu[?] ß_ya:*, *kwekwe* ~ cuerpo, *yu[?]* ~ agua, *ß_ya:* ~ aparecer, correr, y es por ello que las parteras para informar del inicio de la vida en el vientre materno dicen: "la mujer se detiene", como en la laguna; no vuelve a correr agua de su cuerpo.

Grandes piedras dispersas por el territorio *nasa* poseen gran poder y espiritualidad, transmiten conocimiento para el actuar; es obligación para la partera que se inicia en su práctica, la visita a la piedra de Pismo para "obtener poder"; otras piedras marcan la historia de los recorridos de los héroes culturales hacia sus moradas definitivas, las lagunas.

kwet ~ "piedra", es un elemento mítico muy importante para los *nasa*⁶⁵ y en la toponimia del cuerpo humano aparece en compuestos como *puka kwet*, donde *puka* ~ "cerca" o

⁶⁵ La cultura *nasa* como poseedora de una aguda conciencia histórica, que, como lo dijo Manuel Quintín Lame (1973 :71) se encuentra inscrita en las piedras, las montañas, las lagunas, ha de poseer muchos otras formas y lugares de inscripción. El cuerpo es uno de ellos. Las prácticas corporales hacen parte de esa

"alrededor", sería alrededor de la "piedra" o sea la mejilla, $ya\phi, kwet \sim$ "piedra del ojo" o sea "la frente".

La voz $\beta_{yit_s} \sim$ "punta", "cumbre" se refiere a aquellos sitios de gran poder donde los mundos habitados por el sol ($\ddot{e}:ka\ kiwe$) y los espíritus ($k^h_{s,a}w\ kiwe$) se relacionan con "nuestra tierra" ($kwe^?_{s_y}\ kiwe$) y hacia donde los $t^h\ddot{e}^? wala$ se desplazan para establecer contacto con el mundo espiritual. Se encuentra en compuestos como $t_{sy}u^?t_{sy} \beta_{yit_s}$ donde $t_{sy}u^?t_{sy}$ "seno", el significado de la expresión sería "la punta del seno" o sea "el pezón".

$ka\phi_y$ cubre cavidades externas del cuerpo humano y algunas internas, ejemplo: $\ddot{u}_s\ ka\phi_y$, donde $\ddot{u}_s \sim$ "nariz", se trata del hueco de la nariz que permite la relación de lo externo al cuerpo, con lo interno. En la naturaleza, $ka\phi_y$ corresponde a "hueco" y son precisamente los huecos o huecadas en la tierra los conductos por los cuales se accede al mundo interior, al mundo de abajo $^nd_{y,i}^hu\ kiwe$, donde se establece contacto con los nasa $lu:t_{sy}kwe$, gente pequeñita, sin rabito, los tapanos que habitan el mundo de abajo.

4.1.2. El Cuerpo Humano como instrumento de conocimiento.

El trabajo etnográfico deja en evidencia que el cuerpo humano *nasa* (hasta donde los condicionantes estructurantes lo han permitido) es un instrumento⁶⁶ que guía el conocimiento a través de la agudización de sus formas de senso-percibir el mundo; entre los *nasa* pueden alcanzar un conocimiento general sobre sentir las señas o escuchar la naturaleza, pero cualquier persona no puede llegar a tener la capacidad de sentirlas a profundidad e interpretarlas. El cuerpo humano como instrumento de conocimiento carga

dinámica histórica, y el cuerpo vendrá a funcionar como un lugar de registro donde el recuerdo y el olvido interaccionan constantemente (Bergson 1943:243)

⁶⁶ Ver notas 56 y 57.

con buena parte de la responsabilidad de la elaboración del contexto de pensamiento o visión de mundo como consecuencia de su ejercicio de aprehensión y significación del entorno para entenderlo, explicarlo y proyectarlo en sus formas de relación intercultural.

Solo pueden alcanzar esa capacidad para la senso-percepción las personas designadas mediante sensaciones de seña en su cuerpo o en la visión de determinados símbolos chamánicos muy variados que "avisan". Algunos ven a su propia madre, otros ven a un niño "rubio y hermoso"; por lo general los hombres en Tierradentro dicen que se les presenta una mujer que puede ser del páramo, blanca, "mona" o "una mujer con los talones volteados". La otra visión genérica es la del trueno cuya figura característica es un anciano, prototipo ancestral; en Tóez nuevo no hay la experiencia, en ocho años de asentamiento, de que alguien haya sido predestinado para encaminarse en estos conocimientos.

La designación-visión, en la mayoría de los territorios *nasa*, y especialmente en Tóez Tierradentro, se convierte en una obligación; el que rehúsa está condenado a volverse loco. Ahora bien, el designado debe cohibirse de comer ají, sal y tener contactos sexuales durante un mes después de haber tenido la visión. El novato, para adentrarse en la "profesión" se hace acompañar de un *tʰeʷala*⁶⁷ experimentado que le guiará como maestro por mucho tiempo. El conocimiento lo adquirirá con el trabajo práctico acompañando a su maestro en los compromisos.

⁶⁷ *théʷala* en *nasa yuwe* o lengua *nasa*, *théʷ* ~ viejo y *wala* ~ grande; es decir, el hombre mayor, el hombre sabio, depositario del conocimiento relacionado con la cosmovisión del grupo. Han sido denominados "médicos tradicionales" en una traducción imprecisa puesto que, además de oficiarse como comuneros con todos los derechos y deberes que les asigna la sociedad, son los consejeros en los diversos planos de la cotidianidad, son los alquimistas de las fuerzas de lo natural y lo social (Bernal 1954, Faust 1986, Henman 1980, Gómez y Portela 2002) En el texto alternaré sus términos con el de hombres sabios y médicos tradicionales, más por una cuestión de estilo al escribir.

La formación y preparación del cuerpo humano del hombre sabio para alcanzar la senso-percepción pasa por el consumo de plantas cooperadoras (Faust,1994:21), según mi criterio “plantas de conocimiento”, mal llamadas alucinógenas; estas plantas son la coca y el tabaco clasificadas como poseedoras de un calor extremadamente alto, también incorporan otras plantas muy ricas en “espíritu” de menor rango y que transmiten seña al cuerpo del individuo sin necesidad de mambeo de coca.

El novato o aprendiz en el arte de interpretar y curar debe probar todos estos vegetales e incorporar sus espíritus. Así aumenta su espíritu personal. Lo mismo ocurre durante sus visitas a lugares como cerros lagunas y cascadas reconocidos por su alta sacralidad y poder espiritual, donde alcanza la íntima comunicación con los ancestros y la historia. La dedicación de la persona que ha sido predestinada culturalmente para el estudio del ecosistema, la etno-botánica y la tradición cultural, varía entre 15 y 20 años, antes de empezar a ejercer su rol con independencia entre sus comunidades.

En el saber *nasa* el *tʰeʷ wala* siente las señas de la persona enferma sin necesidad de tocar su cuerpo, se trata, entonces, de una lectura e interpretación cuerpo a cuerpo, de un hombre sabio en relación con otro cuerpo, sin la mediación de la tecnología que caracteriza a la medicina facultativa.

Los hombres sabios deben estar en capacidad de escuchar y sentir las señas en el cuerpo de la persona y en la naturaleza una vez han agudizado sus niveles de senso-percepción a través del mambeo de coca y tabaco. Señas que tienen un recorrido que abarca todo el cuerpo. Es un recorrido circular que comprende dos puntos extremos y opuestos -las puntas de los dedos de los dos pies-. La circulación es bidireccional: puede empezar por el lado derecho del cuerpo y pasar al izquierdo, o viceversa. Pero de acuerdo con la circulación que tome la seña, depende el significado.

En la lectura de las señas y el cuerpo humano como instrumento de conocimiento⁶⁸ es quizá donde se encuentra la mayor diferencia entre el saber y práctica curativa *nasa* y las otras medicinas.

Esta concepción que naturaliza al cuerpo admitiéndolo como una continuidad energética, hace que la enfermedad o la salud en el individuo sean expresiones de lo que sucede en el entorno, como respuestas al tipo de relaciones que se establecen entre individuo-medio, individuo-sociedad.

4.1.3. La izquierda y la derecha o la sacralización del espacio.

Como lo veíamos en la cosmografía *nasa* en el numeral 3.2.1. contexto etnogeográfico, sus mundos se encuentran diseccionados en dos mitades: una izquierda y una derecha, relacionados por un punto central, indicador del equilibrio, la armonía y el bienestar; secciones que quedan en evidencia cuando se prepara la parafernalia para los rituales de limpieza y refrescamiento.

El *tʰeʷ wala* considera como el lugar adecuado para la realización de los rituales terapéuticos aquel espacio que estando situado al frente de un río o quebrada, sus aguas

⁶⁸ En relación con la senso-percepción y teniendo en cuenta algunas experiencias contemporáneas sobre el parto quisiera hacer los siguientes comentarios: a) Existe el privilegio por “ver” en detrimento del “sentir”; la magia del sentir -subjetividad- poco a poco se fue diluyendo por ver más allá de la simple vista -objetividad-, no-sólo en términos del conocimiento (apoyado en la prolongación del cuerpo humano como instrumento de conocimiento: microscopio, fonendoscopio...etc), sino de la calidad de la relación entre las personas en los rituales médicos. La persona enferma es importante por lo que deja translucir, más no por su sensibilidad; en el caso del embarazo, no importa tanto la mujer, pero si el feto por la información que pueda suministrar, b) También se instaura la tecnología del control y la negación del sentir, se controlan los dolores del parto, acaso no se pueden prevenir con una buena profilaxis en la dinámica de la cotidianidad de la mujer. Importante revisar el impacto de los alimentos calientes -“por dentro”- y las sustancias calientes -“por fuera”- en los tejidos en un proceso de parto -dilatación-. No es gratuito que en muchas culturas el embarazo sea considerado caliente, c) Se rompe con la dinámica de los tiempos vitales; como en el caso de las cesáreas, o

corran de derecha a izquierda, y haga sentir en su cuerpo una seña que circule en la dirección derecha izquierda. Direccionalidad que evidencia la disección del cuerpo en dos mitades izquierda y derecha a la manera como dividen los tres mundos verticalmente.

Al lado Izquierdo ellos sitúan el sol, el páramo, lo salvaje, los ancestros, el trueno, las plantas bravas, los animales de sangre caliente, el $t^h\acute{e}^2$ *wala*, el río que corre de derecha a izquierda encargado de sacar la suciedad -mal- del territorio, están las señas buenas; en síntesis, la energía positiva y al lado derecho esta la luna, las plantas frías, el médico que no trabaja bien, la seña no buena, el exceso de $p^hta^nd_z$, o sea la energía negativa o complementaria de la relación dialéctica.

Como lo veremos en la interpretación de las enfermedades, el $t^h\acute{e}^2$ *wala* siente ta^2ny_i $hyta^2ny_i$ ~ "las señas" del cuerpo de la persona enferma y las interpreta. Ellas tienen un recorrido especial: se desplazan de izquierda a derecha y a la inversa pasando por la coronilla parte central en la cabeza, configurando en el cuerpo una sección izquierda y una derecha. Las señas que bajan por el lado derecho son peligrosas e indican enfermedad así como las que suben por el lado izquierdo, y en la dirección contraria indican mejoría de la salud o buen augurio para el individuo y la colectividad.⁶⁹

Las *tut*, *ba^hisa* plantean que todo ser *nasa* al nacer posee "un poco de calor y un poco de frío" en su cuerpo, que el frío se instaura en la sección izquierda y el calor en la sección derecha, y que para mantener la salud deben estar en equilibrio, condición indispensable en la mujer embarazada a la hora de dar a luz; se podría pensar en una extrapolación de la cosmografía entre arriba (más poder, más sacralidad, frío, más vitalidad), con más abajo

medicamentos para acelerar contracciones. ¿Será que estos procedimientos se hacen por estricta necesidad, o por economía de tiempo o por demostrar el poder del conocimiento y la tecnología?

⁶⁹ Para una ampliación de este tema y su importancia y significación en la ciencia, ver: Martín Gardner. Izquierda y derecha en el Cosmos. Simetría y Asimetría frente a la teoría de la inversión del tiempo, y especialmente el capítulo 9: El cuerpo humano. Pág.: 65-75

(menos poder, menos sacralidad, más calor, menos vitalidad). Se podría pensar que aquí radican los conflictos de adaptabilidad que viven los *Nasa* de Tóez de Caloto actualmente.

Estas concepciones encontrarán su sustento y más claridad en la medida que se va desarrollando el presente trabajo.

4.1.4. Cuerpo - sistema político

La coronilla en la parte más alta de la cabeza del cuerpo humano de los *nasa* se relaciona con el gobierno, con el cabildo. $t^h\dot{a}^? mbus_y \sim$ “coronilla”, donde $t^h\dot{a}^? \sim$ cerro y $mbus_y \sim$ escaparate, literalmente el “escaparate del cerro”, se traduce como “coronilla”, dicen que es la parte central de la cabeza encargada de mantener el orden, el equilibrio entre el frío y el calor, entre la izquierda y la derecha. Para los *nasa* permite el ordenamiento de los discursos orales una vez las palabras han salido de su depósito el corazón y han pasado por el pensamiento localizado en el cerebro.

Para los *Nasa* hay un latente peligro asociado con los caciques que vivieron antes de la llegada de los conquistadores y presentes en “las guacas de pijao” -de los antiguños, de los mayores-, peligro que se expresa como enfermedad de “cacique” al no tener en cuenta las normas asociadas con la relación que deben establecer las personas -el cuerpo humano- con las moradas donde se encuentran estos líderes ancestrales, que coincide con las partes altas del territorio.

4.1.5. Cuerpo - territorio

Durante todo el trabajo se hace referencia permanente a esta relación en situaciones muy puntuales.

El cuerpo humano es trueno y es territorio salvaje cuando se está en posesión de la vara de chonta que simboliza a *ks_ya' wala*, fuerza de la naturaleza con gran poder, y cuando se han consumido las plantas de alto espíritu de los territorios sagrados. El cuerpo humano es territorio y territorializa porque donde se encuentre pueden replicar con su cuerpo y su parafernalia simbólica el territorio (como en curaciones de enfermedades -terapéuticas rituales- 5.3).

Bajo esta perspectiva la fisiología corporal y lo realizado por las personas en su dinámica social cotidiana -acontecimientos- se explican como resultado de las fuerzas o energías positivas y negativas que circulan por el cosmos, por el cuerpo humano y por el mundo social, energías que dieron origen al universo y existen desde entonces en todo lo que hay o se presenta en el territorio, incluido el hombre y lo que éste realiza. Estas concepciones refrendan la naturalización del ser humano y no de la antropomorfización de la naturaleza como generalmente se ha dicho.

4.2. Las categorías frío-fresco-caliente.

Las categorías frío-fresco-caliente, que aparentemente no se corresponden con las características de lo que es la temperatura según la perspectiva de la física⁷⁰, en la

⁷⁰ El Doctor Furlenmeier (1984) frente al despliegue energético capatable a nivel periférico de los seres vivos, y sobre el cual las culturas establecen categorías de clasificaciones, plantea: "desde los más remotos tiempos han existido hombres con facultad de 'medium' que han "rastreado" y "visto" una irradiación de fuerzas, energías y de luz en los hombres animales y plantas, con la ayuda del efecto Kirlian puede hacerse visible, el "ser invisible" de los organismos. Consiste el efecto de Kirlian en colocar hojas de una planta, por ejemplo, sobre una película fotográfica, situada entre dos electrodos metálicos planos entre los que se establece una corriente de alta frecuencia. Como resultado se obtiene la imagen de una hoja tachonada de multitud de puntos luminosos y contorno orlado por una corona de rayos luminosos, tales imágenes son mediadoras de impresiones de la naturaleza, análogas a las que, desde siempre habían descrito hombres clarividentes dotados de percepción suprasensorial. La irradiación de una planta es diferente según la especie, edad, hora del día, lugar donde crece, comunidad vegetal y propiedades del suelo[...] El físico V.G. Adamenko, equiparaba efecto Kirlian a una emisión de electrones y de iones bajo el influjo de corrientes de alta frecuencia. Es interesante que este tipo de descarga por alta frecuencia se produzca a través de electrones; que, por decirlo de

clasificación de la cultura *nasa* desempeñan un gran papel porque comprenden los estados del cuerpo, los medicamentos y los alimentos.

Entre la clasificación frío-caliente se ubican los estados del cuerpo, ya sea que la enfermedad se deba a un desequilibrio en tal o cual categoría, lo cual lleva a la producción de un estado patológico determinado. Claro que la conceptualización de la enfermedad no se reduce a estas dos categorías, ni es el principio, ni ahí termina, porque hay explicaciones que vienen de otras categorías como el "sucio", "hielo", "susto", entre otras.

Los alimentos más comunes están clasificados entre las categorías frío-caliente. Y en determinados estados del cuerpo esas clasificaciones entran a cumplir un papel activo en la alimentación, ya sea por prohibiciones o control. En su mayoría los medicamentos de farmacia son catalogados como calientes. Una señora llegó a afirmar que en el hospital "sólo dan inyecciones, jarabes, remedios que son muy calientes; con tantos preparativos y cosas que les echan; por eso los lleva uno y allá se mueren", -la contradicción con el hospital no sólo se presenta por lo caliente, pues los baños fríos por la mañana son terribles para los estados fríos del cuerpo-.

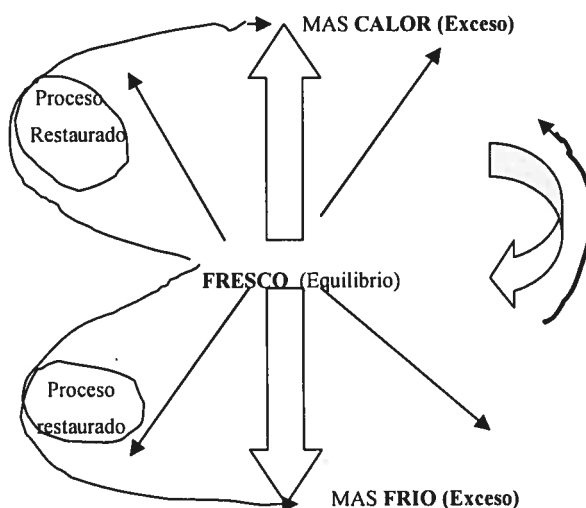
Las enfermedades en su generalidad pueden ser explicadas bien sea por la pérdida de "espíritu" que son frías y causadas por excesos de "espíritu" que son calientes, las enfermedades frías y calientes se curan o se previenen a través de actos terapéuticos con plantas medicinales para refrescar el exceso de calor y volverlo fresco, o refrescar el exceso de frío y restaurarlo a fresco⁷¹. Es decir, se evidencian tres estados dentro de un proceso:

alguna manera, son arrancados del objeto de observación mediante un intenso campo eléctrico. Sin embargo, esta emisión de electrones es marcadamente fría, en contraposición a la emisión térmica de electrones que se origina bajo el influjo de temperaturas más altas". Furlenmeier (1984: 18-19), *Plantas curativas y sus propiedades medicinales*. Ver también: Hill, Ann (1982) *La otra medicina, sistemas de curación no convencionales*. Barcelona, Círculo de Lectores, pag. 62-65.

⁷¹ De allí el nombre del ritual más frecuente: el "refrescamiento" que periódicamente deben realizar las personas, para mantener el equilibrio de las señas. "Para que las señas estén en su lugar".

dos caracterizados por excesos tanto de frío como de calor, mediados por un estado que es el fresco, que actúa equilibrando y es equilibrio y armonía al mismo tiempo. (Ver gráfico No.4)

Gráfico No. 4 Refrescamiento de los excesos



Para los rituales de limpieza no sólo se emplean plantas frescas; también van incluidas las calientes, también clasificadas como "bravas" y los *t^hë'wala* deben aprovisionarse de plantas que se dan en los diferentes pisos térmicos: desde lo más cálido en las vegas de los ríos, hasta lo más frío en las zonas de páramo. No necesariamente las plantas son clasificadas según el clima. Ejemplo de ello son muchos alimentos que son ubicados como fríos, pero que no se dan en dichos climas.

Las categorías frío-caliente no se pueden traducir literalmente como dos contrarios dialécticos. El contexto es el que hace visible las discordancias. Si se toma el caso del "hielo de muerto" -estado de exceso de frío-, dentro de la lógica dialéctica se esperaría que para combatirlo se recurriera a lo caliente -plantas calientes-; pero en Tóez Tierradentro

más tradicional y de clima frío -por la altura- se habla de la utilización de "plantas frescas" para refrescar el hielo. Las plantas frescas también son utilizadas para enfermedades catalogadas como calientes, como el caso del "colerín".

4.3. Las concepciones sobre el cuerpo

El cuerpo humano entre los *Nasa* conceptualmente posee una elaboración mucho más amplia que la que logra percibir el desprevenido registro de una persona del común occidental. La salud-enfermedad no se pueden reducir a "creencias" y "metáforas", a "duendes", "arcos", "caciques", "maleficios", "sustos", "visiones", porque estas categorías tienen un soporte en su cosmovisión que es diferente a la racionalidad occidental y a la lógica científica (no obstante, los términos usados en una lengua diferente a la vernácula). Hay múltiples elementos que conforman esa estructura de pensamiento, permitiéndole una solidez difícil de reducir a una simple creencia. La calificación como creencia obstaculiza una observación profunda.

Los *Nasa* tienen un propio concepto sobre el cuerpo humano que no es biológico separado de su medio circundante, de sus conflictos sociales, su historia y su pensamiento. Por eso mismo es difícil el presente ejercicio de hacer una segmentación de las diferentes concepciones.

4.3.1. "El hielo"

El cuerpo puede adquirir un desequilibrio atribuido a la concepción de "hielo" en varias situaciones. "El hielo" de muerto, entre las más comunes, que contamina a todos aquellos que habitan la casa del cadáver; se controla con la limpieza que hace el *t^he' wala* después de enterrar al difunto. Pero no sólo la muerte emite "hielo"; el nacimiento de un niño también:

"porque el hielo se penetra en la casa". Los caminos escarpados y barrocos, los riachuelos, charcos de agua, y las lagunas, son propicios para contraer el hielo y deben ser evitados por las mujeres menstruantes, las parturientas, y los que han tenido contacto con cadáveres. Las enfermedades contraídas por estas causas son imputadas al duende, ya que él habita esos lugares. Donde existen restos arqueológicos también está el hielo. El hielo es el exceso de frío cerca de la no-vitalidad.

4.3.2. "Frío-hielo" en los estados delicados de la mujer.

En el castellano elaborado por los *nasa* para comunicarse con la sociedad nacional, palabras como frío-hielo adquieren un significado mucho más allá del significado literal que generalmente les relaciona con temperatura. De ahí que se presenten los siguientes enunciados: "Cuando nace un niño, el duende desde que le huele el hielo se pone más bravo; cuando está dando luz, cuando huele eso". "La mujer menstruando es que produce hielo; el duende no consiente que tiene hielo". "Ese hielo en esos barriales se hiela".

Los dos estados más delicados de la mujer donde está más propensa al frío son la menstruación y el parto, son estados fríos; por ello el papel que juegan las plantas calientes y los baños en los sitios adecuados. Varios *t^hě' wala* en Tóez Nuevo se quejaron de la pérdida de estas costumbres que ha traído como consecuencia el frío, el "dolor de estómago" y las hemorragias. La menstruación tiene otras cualidades como la de sucio o *p^htaⁿd_z*, la del olor, por eso se habla del enojo del duende al "oler el hielo".

4.3.3. *p^htaⁿd_z* ~ "el sucio"

El sucio tiene que ver con las fuerzas del potencial desequilibrio, tiene que ver con la no-intencionalidad y el descuido por los rituales que mantienen el equilibrio con la sociedad y el medio ambiente y su repercusión en la circulación de la seña en el cuerpo.

La mujer logra el estado frío durante la menstruación después de haber previamente alcanzado alto espíritu o su máximo de calor para poder expulsar la sangre en una especie de refrescamiento y equilibrio al mismo tiempo. Su estado menstrual y frío se denomina también como *p^htaⁿd_z* y por eso sobre él se instauran varias normas, relaciono sólo dos: a) Frente a la concepción generalizada que el agua da vida pero también la quita y que el agua corriente es no-vida porque roba energía, se le exige a la mujer que evite el baño de su cuerpo en aguas corrientes de ríos o riachuelos ante el riesgo de enfriarse, hielarse y perder la vida, y b) y ante la necesidad de robar energía para buscar su equilibrio puede causar daño a las personas que la acompañan, a los animales o a los cultivos de la huerta, razón por la cual debe bañarse con plantas frescas.

p^htaⁿd_z también tiene que ver con la intencionalidad y los elementos, como la sangre menstrual, que manipulados pueden causar daño en la salud con la práctica de la brujería o mal postizo, por eso siempre se refieren al sucio cuando se trata de casos de maleficio.

4.3.4. *t^hame* ~ “la vergüenza”.

t^hame ~ vergüenza

t^hame yuwe k^hat_y ~ labios (de la vulva)

donde *t^hame* ~ vergüenza *yuwe* ~ boca *k^hat_y* ~ envoltura.

t^hameⁿd_yika ~ vagina

t^hame k^hat_y ~ prepucio - envoltura del pene.

t^hame se extiende a otras partes del cuerpo que tiene que ver con la sexualidad, y es probable que esta relación tenga que ver con el proceso de dominación ideológica cristiana, con importantes repercusiones en el caso del encuentro con las formas de conocer y actuar de la medicina facultativa que precisa de observación y contacto directo con los órganos.

Mostrar sus genitales a personas extrañas es una situación bastante vergonzosa para las mujeres *nasa*. Se cuenta de casos en que las *tut*, *mba^hisa* recomendaron a las embarazadas para que fueran al hospital, cuando se trataba de partos complicados; pero ante la vergüenza, se negaron a ir, aunque corría peligro su vida y la del hijo. Y no sólo sienten vergüenza de los blancos, también de las promotoras indígenas bilingües.

La promotora bilingüe dice que a ella le da miedo acompañar a la partera porque debido a su presencia las mujeres retienen el parto, y afirma que ello se debe a la relación de temor que se ha mantenido con la medicina académica; se podría pensar que la vergüenza no surge de la sola moral cristiana, y que se complementa con la actitud dominante, discriminante, misteriosa, vigilante, pulcra en contra de lo sucio -en el sentido hispano- que asume la medicina académica.

4.4. La interpretación de las enfermedades

En el cosmos está contenido el ser *nasa* -todo lo vivo-, como esencia y proyección de una energía que en sus orígenes se denominó *ks,a²w*. Una vez formado y consolidado el mundo *nasa* dicha energía genésica adquirió una presencia que se nominó *tay*, circulando en la cosmografía de abajo-arriba-abajo, izquierda-derecha-izquierda, al igual que en el cuerpo humano.

Tay está presente en los seres y las cosas. En el lenguaje que da cuenta de la cosmovisión *nasa* se evidencian categorías que referencian los variados ciclos de la naturaleza y patentizan la vitalidad de *tay*; entre ellas se desatacan: hielo, frío, fresco, espíritus, virtud, poder y fuerzas; la clasificación de los territorios en bravos, salvajes e incultivos o domésticos, mansos o cultivados, tienen que ver con estas características energéticas que varían de intensidad según la valoración de la escucha sensorial de los *t^he² wala*.

No obstante las variaciones energéticas, el equilibrio energético debe garantizar la vida, la armonía de la naturaleza y el desarrollo del individuo y la sociedad. Es por eso que los *nasa* permanentemente lo buscan mediante la práctica de una ética que rige su conducta individual, social y de relación con el entorno como sistema global de pensamiento.

El *tʰeʔ wala* capta a través de las señas las características de la circulación energética, que consisten en brincos en la piel: "entre el cuero y la carne" que se pueden sentir en el cuerpo y en cualquier parte de la piel, en múltiples direcciones con un alto grado de significancia.

A través de las señas detecta los espacios no aptos para la vida, establece los lugares para la realización de los rituales -donde el equilibrio energético lo permite-, la construcción de las casas que se van a habitar permanentemente, la huerta, y los lugares para los establos de los animales domésticos; también puede leer los fenómenos celestes y atmosféricos como rayos, truenos, tormentas, nubes negras y blancas, y pueden dar cuenta de situaciones pasadas, presentes y futuras.

Las señas corren y avisan con más fuerza en el momento que el *tʰeʔ wala* mambea la coca y el tabaco, las plantas más importantes para profundizar en el conocimiento y aprehensión de la naturaleza.

A través de las señas reconoce y selecciona las plantas medicinales con diferencias casi imperceptibles; agacha su cuerpo, con la mano derecha en una forma suave aprisiona una de las hojas de la planta, entre el pulgar y el dedo índice, se queda quieto y concentrado; después de un momento, si por su cuerpo corre una seña en la dirección derecha-izquierda, dice: "ésta planta sirve", si la seña circula en dirección inversa, o no se recibe seña, sigue buscando plantas que transmitan su respuesta en forma de señas. Las plantas medicinales más importantes en los rituales son las que no requieren que el *tʰeʔ wala* esté mambeando

coca para recibir sus señas en el cuerpo, son clasificadas como bravas y a su vez pueden ser calientes y frescas según su uso específico.

Las señas tienen que ver con la cotidianidad del ser *nasa*, y en sus significados informan de la trasgresión de las normas que generan desordenes que repercuten negativamente en la sociedad y los individuos. Cuando esta situación es frecuente se dice que hay acumulación de *p^htaⁿd_z*. Esta categoría muy compleja en la lengua *nasa yuwe* ha sido mal traducida al español como sucio. Parece que se refiere a la susceptibilidad al desequilibrio que es latente, es riesgo pero es desequilibrio a la vez. Y los *t^he[?] wala* empiezan a sentir esa realidad en sus cuerpos mediante las señas, por eso se afirma que en torno a ella se estructura buena parte del saber y conjunto de practicas chamánicas.

Las señas que siente en su cuerpo -instrumento de conocimiento- a la manera de "escucha sensorial" le sirven de guía para interpretar lo que sucede a una persona que sufre un mal.

La comunicación entre un hombre o mujer enferma y el *t^he[?] wala* es fluida, sin embargo es este último el que siente e interpreta las señas. Hay aquí una semejanza y una diferencia con la técnica de los médicos formados en las facultades de medicina.

La semejanza: debe haber una mínima comunicación con los síntomas del enfermo, quien también emite señas de lo que siente en su cuerpo, pero en última instancia es el médico el que las interpreta.

La diferencia: Para el médico formado en la Universidad debe haber un contacto directo con el cuerpo del paciente, donde intervienen los aparatos como amplificadores de los sentidos (fonendoscopio, por ejemplo) y la penetración instrumental en el cuerpo, (endoscopia, por ejemplo), mientras que para el *t^he[?] wala* la relación no es directa, es sensitiva, donde no media contacto directo con el cuerpo del paciente; su instrumento es su

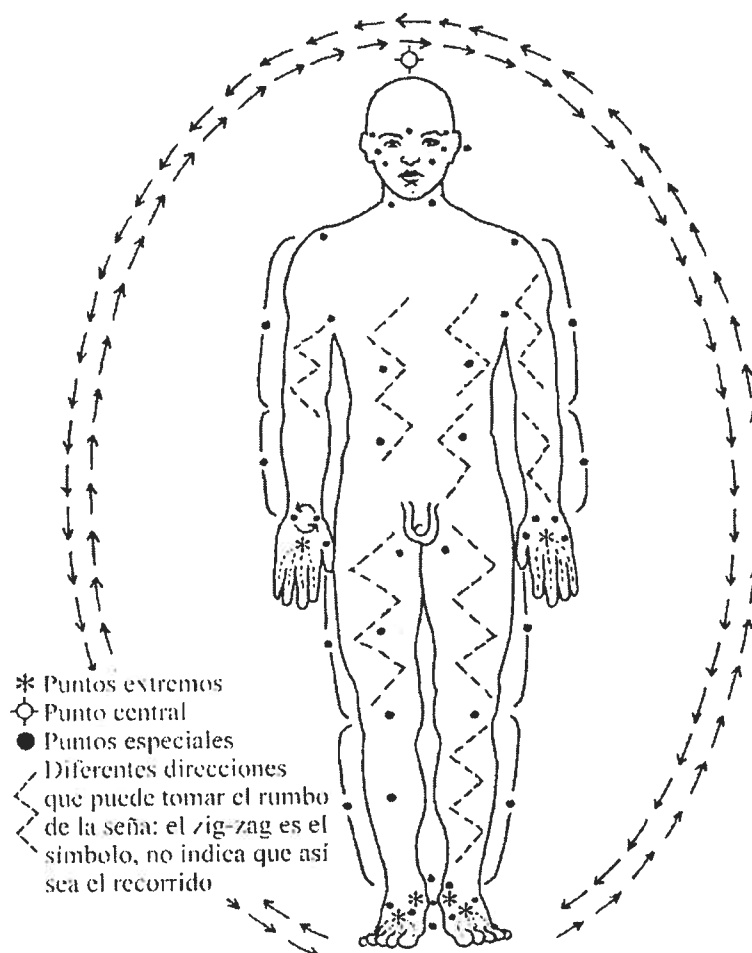
propio cuerpo como receptor de sensaciones -señas-; y los elementos que utiliza para ampliar su senso-percepción son el mambe, (coca y cal), hierbas de su competencia, tabaco y aguardiente.

4.4.1. Las señas y el cuerpo humano.

La seña tiene un recorrido que abarca todo el cuerpo, es un recorrido circular, que comprende dos puntos extremos y opuestos: la punta del pie (que puede ser el terminal del talón, la parte más superficial del empeine, el final de un dedo, el borde) izquierdo y la punta del pie derecho.

La circulación es bidireccional: puede empezar por el lado derecho y pasar al izquierdo, o viceversa. Pero, de acuerdo con la circulación que tome la seña, depende su significado: si el rumbo que toma va hacia la derecha del cuerpo es signo de que la enfermedad gana terreno; y lo contrario significa mejoría. La circulación no necesita empezar desde los extremos: hay señas que se inician en un punto particular -por ejemplo: la rótula- y llegan hasta determinado sitio -la ingle-; tampoco tiene que traspasar los lados opuestos: si la sensación parte del interior de la pantorrilla izquierda y sube por el muslo, ya es un mal signo -de enfermedad- pues el rumbo se dirige hacia la derecha.

Los puntos extremos indican una culminación: si la circulación de la seña llega a la punta del pie derecho, es el signo de desequilibrio de total predominio de $p^h t a^{\gamma} d_z$ -desequilibrio, enfermedad-; y cuando la circulación se restaura en la izquierda, extremo del pie izquierdo, el equilibrio se ha logrado -el mal ha sido derrotado-.

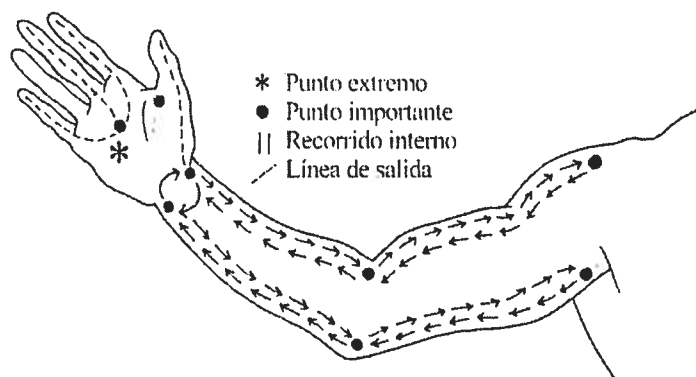
Fig. No.1 Distribución de las señas

Fuente: Portela 2002

Cuando las señas están en los puntos dístales de las extremidades, se dice que los pulsos se salen por los dedos de la mano, significa que la persona va a morir y "no tiene cura". Las energías de la vida, la enfermedad y la muerte se definen en los puntos extremos: entran y salen las energías ⁷². (Ver figura No.2)

⁷² La importancia de las extremidades tal vez tenga que ver con su decisivo papel en las funciones de la producción y con mayor razón en una etnia que históricamente ha sido conocida como guerrera. Incluso la división del cuerpo entre derecha-izquierda responde al uso primordial de la mano derecha -sobre todo en la destreza de las armas-. Por eso lo que perturbe la salud debe dejar libre primero que todo al lado derecho. Este

Fig. No. 2 Recorrido de los pulsos



Fuente: Portela 2002

Hay un punto Central en la circulación general de la seña: la coronilla, que en lo alto de la cabeza disecciona el cuerpo humano en izquierda y derecha. De ahí las expresiones "subir por la izquierda" -del pie izquierdo a la coronilla, puede incluir el brazo-, "bajar por la derecha" -de la coronilla al pie derecho, puede incluir el brazo-, o "subir por la derecha, bajar por la izquierda". Es el sitio por donde penetran y salen las fuerzas desequilibrantes, el $p^{h}ta^{n}d_z$. La seña en la coronilla es signo de haber sido objeto de maleficio, y hay $t^{h}e^{?}wala$ que hablan de "corona izquierda" y "corona derecha".

Volví a hacer el ejercicio con los $t^{h}e^{?}wala$ para una nueva aproximación a los significados de las señas de una manera minuciosa, y me encontré nuevamente con la dificultad narrada por Henman (1980:182) sobre lo relativo de los significados dependiendo de los contextos. Se referenciaron pocas señas con significado absoluto e irreversible y compartidas por los $t^{h}e^{?}wala$ de Tóez, aunque con ellos sospechamos que no existe un patrón único compartido por los *Nasa* en general. En buena medida coinciden -todavía- con las registradas por

planteamiento, teniendo en cuenta las observaciones de Gardner sobre la predominancia del uso de la mano derecha, por lo menos en todas las culturas de las cuales se tiene razón por la historia documental. Gardner, Martín. Izquierda y derecha en el cosmos. Barcelona, 1.986, Salvat, pp. 67-68.

Bernal Villa en el año de 1954 (225-226) y con otras que he ido descubriendo a lo largo de mis encuentros con los *t'ë' wala* en otros territorios *nasa*.

Señas que circulan por la derecha:

Desde la oreja al hombro : la persona va a perder las orejas en una pelea.

Baja del ojo a la nariz : en la comunidad va haber velorio.

Del pulgar a la palma de la mano : un animal perdido va a aparecer.

Baja por la décima costilla : persona enferma de duende pronto morirá.

Por el muslo a la corva y desaparecen : persona muy grave por peste brava, va a morir.

Bajan desde la ingle al pie en la mujer : la mujer va a menstruar.

La que baja por la pierna : la persona muere porque los remedios no le “ayudan”.

Las que bajan por la rotula : la persona muere de arco o duende.

La que sube por la pantorrilla : el duende viene cantando a mostrar los remedios.

Baja por la canilla : Maleficio o mal postizo.

Circula por los tobillos : enfermedad de cacique.

Señas que circulan por la izquierda:

Sube por la décima costilla : viene a visitar una persona mala.

Bajan por el borde interno del pie : el enfermo se alienta.

Suben por la rotula : miedo, susto y azar.

Sube por la canilla : maleficio o mal postizo.

Baja por la canilla : la recuperación del maleficio va bien.

Suben de los tobillos a las rodillas : enfermedad de susto.

En una zona pequeña de cualquier lado del cuerpo es posible la división izquierda-derecha; Para un *tʰeʷ wala* la seña en el tobillo izquierdo del pie izquierdo para arriba significa duende: mientras que en el tobillo derecho del pie izquierdo para arriba es arco.

De los pies a la cabeza los puntos más significativos son los siguientes:

Al ser el pie un sitio extremo, se constituye en un espacio significativo donde sobresalen: dedos, planta del pie y sus bordes, talón, empeine y tobillo; La pierna es otro espacio de puntos contingentes y donde la superficie de la tibia -llamada por ellos "canilla"- es bastante sensible y con gran potencial significativo⁷³; posterior a ésta, está la zona conocida como pantorrilla. Siguiendo hacia arriba se encuentra la articulación, donde sobresalen los espacios que comprenden rodilla y corva; la pierna como totalidad, por sus lados laterales, anterior y posterior, se convierte en una zona de gran frecuencia; enseguida está la zona de la ingle.

Así mismo, hay otros espacios amplios -en el sentido de sitios no muy precisos-, donde determinados órganos o partes óseas sirven de centro: corazón, hígado, costillas, pulmón y estómago. En esta área del tronco del cuerpo todavía hay un vacío en cuanto a la ubicación de los puntos. Las extremidades superiores contienen casi los mismos puntos importantes de los pulsos: hombros, axilas, brazos, antebrazos, muñeca, dorso y palma de la mano, y los dedos y sus inter-espacios. Entre los puntos más significativos de la cabeza están: corona, sien, frente, ojos, nariz, oreja y pómulos.

Los anteriores son sitios muy amplios, por eso los denomino zonas. Además las señas se sienten en lo profundo de los músculos. Su recorrido puede ser corto -por ejemplo, no salir

⁷³ Para una mirada anatómico-fisiológica la respuesta estaría en la lógica de que por esos sitios pasan determinadas arterias, venas, nervios, e incluso ganglios -por ejemplo, el poplíteo-, de suma importancia. Pero la clave está en su estructuración anatómica que hace una cultura particular, cuya semiótica es muy diferente a la occidental.

del área de la rodilla-⁷⁴. Hay recorridos más largos que parten del dedo pulgar de la mano hasta el hombro, o del tobillo hasta cerca de la rótula; o se pueden producir circuitos.

⁷⁴ Bernal Villa (1954: 226) recoge una seña que se gesta en la izquierda del rostro: se inicia muy cerca del ojo y baja por la nariz, y significa muerte.

CAPITULO 5

Saberes y enfermedades

El saber asociado al proceso de salud y enfermedad entre los *Nasa* se encuentra distribuido socialmente en correspondencia con las diferentes clasificaciones de enfermedades; es decir, que hay un conocimiento que se operacionaliza en la práctica a través de los diferentes miembros en la sociedad y por ello se distribuye. Aquí abordaremos los saberes y los "sabedores", así como las enfermedades en las diferentes clasificaciones que establecen los *Nasa*.

5.1. Los saberes

5.1.1. El saber de todos

Hay un conocimiento que está en todos los individuos, es de fácil comunicación, y ha sido aprendido de los especialistas del saber médico propio, o de aquellos padres, madres, amigos, etc., que han vivido experiencias de tratamientos de enfermedades con ellos. Un conocimiento y práctica que les permite enfrentar la enfermedad en primera instancia, antes de acudir a cualquier especialidad: *tʰeʷ wala*, sobador, pulseador y *tut, mbaʰisa*, promotora de salud, médico académico, u otros. "Uno mismo tiene que tratar la gripa, cuando hay gravedad el médico tiene que curar".

A partir de las relaciones interculturales, y del proceso de globalización a través de los medios de comunicación el saber de todos se ha ido enriqueciendo por la incorporación y apropiación de conocimientos de otras medicinas, incluyendo la académica, situación no reciente si tenemos en cuenta la existencia en las huertas medicinales de plantas de uso

corriente correspondientes a la medicina científica europea de los siglos XVI a XVIII⁷⁵ como la manzanilla (*Anthemis nobilis*), el ajeno (*Artemisa absinthium*), la ruda (*Ruta graveolens*), el ajo (*Allium sativum*), entre otras. (Ver anexo No.5 Los recursos medicinales)

En la actualidad, además de estas plantas medicinales, que son parte de la tradición indígena, se han incorporado medicamentos sintetizados químicamente -pastillas, inyecciones, etc.-, que son utilizados por el común de las gentes, como estrategias de reconocimiento de las causas de enfermedad: "Cuando no se cura la diarrea con pastillas es que el niño está asustao, entonces hay que llevarlo al médico tradicional"; también son usadas en el plano curativo: "Cuando tiene diarrea les hago colada de plátano y pastillas de terramicina y jarabe de... no me acuerdo el nombre". Los *t^hē' wala* empiezan a emplearlos en la curación de ciertas enfermedades: "Para diarreas, pastillas cuando no oye nuestra medicina, hay que dar mitad de pastilla". (voz de *t^hē' wala*). "Gotas para niños: para enfermedad que llama bronquitis".

5.1.2. El saber de los especialistas.

Las prácticas curativas entre los *Nasa* es realizada por varios especialistas con roles muy específicos de acuerdo a la clasificación de enfermedades, aunque es posible encontrar *t^hē' wala* que desempeñan diferentes prácticas curativas.

⁷⁵ Cayó Edgardo, Armella. Conceptos de la medicina popular en Colombia, prevalecientes en la medicina científica europea de los siglos XVI a XVIII. Ponencia al II Congreso de Antropología Colombia. Memorias. Medellín, U de Antioquia, t. II, 1.983, p. 743. Informe plantas antiparasitarias (Primera fase), presentado a CIMDER como parte del proyecto de un manual de plantas medicinales, en el programa de medicina tradicional. Popayán, mimeo, 1.980, p. 57.

Los *tʰɛʔ wala*, hombres sabios.

Actualmente en el asentamiento de Tóez Tierradentro son cuatro los *tʰɛʔ wala* y en el asentamiento de Tóez Caloto son dos, uno que llegó formado desde Tierradentro y el otro muy joven que llegó proveniente de otro resguardo a casarse con una mujer de Tóez Caloto y muy reconocido porque dentro de la organización indígena juega un papel muy importante en el campo de la defensa y promoción de la medicina tradicional *nasa*. Los *tʰɛʔ wala* no se encuentran circunscritos a regiones específicas; o ellos se desplazan por todo el territorio donde hay gente *nasa*, o las personas los buscan donde estén de acuerdo al prestigio que van ganando en las comunidades. Lo aquí planteado por los *tʰɛʔ wala* se circunscribe a sus experiencias en su formación y en su práctica.

Su formación como *tʰɛʔ wala* no ha sido voluntaria, y ha estado precedida por una “visión”⁷⁶, que en todos los casos coincide que se presentó cuando infringían una norma, especialmente relacionada con la entrada nuevamente al territorio *nasa* sin haberse refrescado con plantas medicinales, o por acceder a territorios prohibidos sin los rituales previstos; es decir, cuando incurrían en un negligencia cultural.

Dicha visión como lo dicta la cultura, los llevó a iniciarse en un largo proceso de aprendizaje; de no haberlo hecho habrían podido enloquecer⁷⁷ o morir. Cuentan que en otras

⁷⁶ Esta experiencia de predestinación cultural también ha sido observada por Bernal Villa (1954) y Henman (1978)

⁷⁷ La cultura *nasa* está cargada de restricciones y de sanciones en vida, una de ellas la locura, pero lo que llama la atención es que quien padece los síntomas de locura se le atribuye la experiencia de haber sido un escogido para *tʰɛʔ wala* lo cual refuerza la postura de la búsqueda permanente por evitar el “desorden cultural”. Cualquier síntoma o señal que lo amenace es reincorporado positivamente por el grupo, evitando significarlo negativamente para sancionar a quien la padece. Las acciones no se categorizan como malas, así lo indica el *nasa yuwe*: *ew* que es lo bueno, tiene su contrario en *ewme*: o no bueno, aspecto distinto a la moral cristiana cuya oposición es bueno-malo. Dispositivo cultural que opera de la siguiente forma: se sabe que es difícil no transgredir la norma -las condiciones socio-económicas no son las mejores- pero si la situación obliga a transgredirla, debe hacerse con la conciencia de lo que implica y con la disposición a acudir donde están los “*nasa*” para “ayudarnos”. Los temores implícitos o explícitos del código que amenaza el

regiones un hombre puede encontrarse motivado para ser *t^{h'e} wala* e iniciarse en el proceso de aprendizaje, ante las necesidades de la familia y la comunidad por carecer de recursos propios para curar sus enfermedades.

Para todos es claro que su aprendizaje debe estar acompañado por su maestro que debe aceptar la escogencia que hace el alumno después de relatar sus "visiones", lo que no ocurre con la persona que lo hace por la necesidad de su comunidad. Allí no hay tal obligatoriedad y el debe buscar la aceptación de uno de ellos como su maestro. (trazan esta alternativa como posible en el caso que los jóvenes indígenas no tengan la "visión" de aviso).

Después de su formación, y de ser reconocidos como *t^{h'e} wala*, realizan actividades curativas de enfermedades menos graves pero de su competencia, se responsabilizan también de remitir los enfermos a otros *t^{h'e} wala* y éstos a otros de acuerdo a su saber y poder. En los casos de enfermedades muy graves producidas por arco y maleficios que requieren prácticas de limpieza y "volteada de jigra", se acude a los *t^{h'e} wala* más viejos y que se iniciaron después de la predestinación por "visión" y poseen el poder del trueno.

Como responsables de orientar el devenir de la sociedad, rememorar y restablecer el orden histórico y cultural, son objeto de la veeduría social que los podría recriminar y sancionar públicamente "por no trabajar bien". Cada ritual pone en juego su prestigio y su capacidad de cohesionar el grupo y solucionar conflictos, y si estos no se resuelven y se hacen más complejos pueden ser señalados como los causantes de las desgracias de la sociedad.

Dicen los *t^{h'e} wala* que actualmente hay problemas de maleficio más frecuentes en Tóez Caloto por los conflictos entre familias por las características del asentamiento, por la

comportamiento individual se minimizan con la seguridad brindada por la seguridad social, más importante que el dar o recibir es el ofrecer.

cercanía a las grandes ciudades, por la pérdida de solidaridad, por el deseo de “tener” olvidándose de “ser”, de “ser *nasa*”, y que hay brujería y los tildan de brujos, cuando ellos lo que hacen es sacar el mal puesto, sacar el maleficio.

La bipolaridad, médicos buenos -*tʰeʔ wala*- y brujos es inexistente a pesar de las frecuentes afirmaciones al respecto, cada *tʰeʔ wala* potencialmente está sujeto a no trabajar bien ("realizar brujerías" que no es lo mismo que sustantivarlo como brujo), lo sospechoso de este proceder permanece latente en la comunidad. En síntesis, bueno y malo son categorías inexistentes, cada caso, cada individuo es una unidad dialéctica que encierra lo bueno y no bueno, o para decirlo en palabras del sistema clasificatorio, todo frío -planta o ser humano- tiene algo de calor, todo calor tiene algo de frío.

Comparando al *tʰeʔ wala* con el médico facultativo, se encuentra que ante las características expuestas -que no son todas-, los *tʰeʔ wala* como restauradores del equilibrio social no encuentran su homólogo en el médico occidental. Mientras éste se especializa en zonas del cuerpo humano descontextualizado de la sociedad que lo construye, el *tʰeʔ wala* se especializa en el cuerpo social para comprender mejor el comportamiento del cuerpo como naturaleza humana y cultural.

Estrategias médicas de especialización occidental y *nasa* cuya posición de método y comprensión impiden que ambas lleguen a la misma concepción de salud y enfermedad, oposición que no invalida el conocimiento y resultados por ellos alcanzados donde los niveles de eficacia carecen de parámetros unificados de comprobación, puesto que los fines primeros de cada uno de ellos son disímiles. Disimilitud que caracteriza toda etnicidad y cuyo reconocimiento es la base de todo diálogo o colaboración intercultural.

En la clasificación de enfermedades en propias y venideras de los *Nasa* se reconoce la capacidad médica occidental, y de ahí que la comunidad utilice alternadamente estos servicios de acuerdo a sus requerimientos. "El *tʰeʷ wala* que sabe alcanzar pues alcanza"⁷⁸, lo que no le pertenece a él entonces lo manda para el hospital", él dice: "no, esto no corre a cuestiones de drogas, entonces tiene que correr al hospital y según la gravedad que tenga"(voz *nasa*).

Las *tut*, *ʰbaʰisa* -calienta barrigas - parteras-.

tut, ~ barriga, *ʰbaʰi* ~ sobar, y *-sa* ~ es un nominalizador, por eso *tut*, *ʰbaʰisa* literalmente la que soba barriga, término adecuado en comparación con el de partera que es el más difundido. La lengua en la nominación de esta especialidad remarca la acción de sobar, que es la técnica por excelencia de las parteras, donde los brazos y las manos se convierten en los instrumentos de conocimiento, con accionar por encima del cuerpo sin mediar fórceps, espéculos y donde no se introducen los dedos de la mano en la vagina; son otras las formas de conocimiento sobre el estado de la parturienta, que entran en conflicto con las de la medicina académica.

En Tóez Tierradentro hay dos *tut*, *ʰbaʰisa* y un partero que asisten tanto a la población de Tóez como a la de los resguardos vecinos, en Tóez Caloto hay dos y ellas afirman que muchas madres estarían en condiciones de officiar como parteras en un caso de urgencia; situación que no es frecuente, puesto que la mujer embarazada se convierte en el centro de interés de la comunidad con un acompañamiento importante por la partera, que incluso recomienda frecuentemente las visitas a los programas de salud para los "controles del

⁷⁸ Esa capacidad del *tʰeʷ wala* hay que ubicarla dentro de la dinámica social del grupo en el contacto intercultural, frente a mayor o menor relación con la medicina facultativa, pérdida y recuperación cultural, organización política, proceso de evangelización, etc., lo que hace que la expresión del saber y la práctica curativa *nasa* tenga variaciones regionales.

embarazo, no obstante se haya decidido de antemano que el parto se atenderá en la casa con su acompañamiento.

En los programas de salud de la comunidad promocionados por la organización indígena se caracteriza a las *tut*, *mbahisa* como “las especialistas en la orientación de la reproducción biológica y social del grupo”. Con ellas se abordaron aspectos de la cosmovisión *nasa* relacionada con dicha responsabilidad asignada a partir de sus experiencias de formación.

La iniciación como *tut*, *mbahisa* al igual que entre los *t'hë' wala* está precedida de visiones, pero también se inician en el propio sufrimiento y necesidad.

En unas fueron las visiones y los sueños las que indicaron su camino cuando se encontraban solas y en lugares restringidos, según las *tut*, *mbahisa* la iniciación no está determinada por “lo que uno quiere” sino por lo que “la naturaleza y la comunidad han decidido para uno”; en otras fueron los propios sufrimientos al atender sus propios partos con éxito, pero también existe el caso de una mujer adulta -madre de tres hijos- que tuvo una primera experiencia con éxito, después de atender la solicitud de ayuda de una parturienta necesitada, ante la ausencia de la *tut*, *mbahisa* en una comunidad; esa primera experiencia le dio reconocimiento y empezó a ser llamada sucesivamente.

A ellas no les sucedió, pero narran que la predestinación por visiones debe ser respetada porque de lo contrario vienen enfermedades como menstruaciones muy largas, o muy irregulares, y como es el duende el que avisa a través de visiones de “señores trabajando con peinilla”, “niñas pequeñas y muy bonitas con pelo largo”, “vieja mujer partera”, es el duende el que las enferma.

Las “visiones” que experimentaron cuando eran niñas las comentaron con las mamás, las abuelas, y con las mujeres de su familia, para comprender sus significados, y luego

concurrieron donde el sobandero que fue la persona que confirmó la sospecha de su aviso por el duende para ser *tut, ^mba^hisa*; posteriormente se hicieron los baños con plantas frescas y se decidió sobre el momento adecuado para iniciar el aprendizaje con la maestra escogida. Este procedimiento no fue el mismo con las que se iniciaron a partir del propio sufrimiento o por solidaridad ante la necesidad, porque enseguida de sus experiencias buscaron el acompañamiento de parteras, promotoras, e hicieron cursos sobre partos, para aprender.

No obstante las varias motivaciones y las diferentes experiencias de formación para ser *tut, ^mba^hisa*, todas coinciden en los aspectos estructurales de su desempeño con respecto a detección del embarazo, sobada, (acomodar al niño dentro del vientre cuando tiene una mala posición), edad del embarazo, sexo del niño (con base en la lateralidad: derecha izquierda), cortada del cordón y salida de la placenta, complicaciones, riesgos, limitaciones y alternativas, alimentación y puerperio, lactancia, y el frío en la mujer.

Coincidencia que lleva a reflexionar sobre la relación teoría-práctica que no puede ser mecánica. Despectivamente se alude a la práctica de las *tut, ^mba^hisa* como empírica, como si toda técnica no implicara un conocimiento. También se comparte una ética social asociada con el sentido de colaboración, solidaridad y respeto.

Las *tut, ^mba^hisa* asisten a las mujeres en las problemáticas relacionadas con los estados de menstruación, embarazo, nacimiento de los niños y dieta de las madres, reiterando normas culturales que benefician el futuro de las mujeres -madres-, los niños y la comunidad en lo referente a la salud. Por ejemplo: los cuidados que se deben tener durante la menstruación y el embarazo para que no entre la enfermedad, aconsejando sobre los espacios adecuados dentro de la vivienda para evitar la exposición de la madre a corrientes de aire frío (entre una de las varias medidas para evitar que el estado frío propio del puerperio se enfríe aún más en detrimento de la salud para la madre y el niño), indica la dieta alimenticia adecuada,

los baños y remedios calientes; porque la partera "juega con remedios calientes" (tabaco, infundia de gallina, miel de abeja, entre otros); no puede jugar con " remedios fríos" porque se afectaría y podría morir hinchada.

Recomienda los procedimientos con la placenta para garantizar el buen crecimiento y desarrollo del niño, está capacitada para dar remedios en caso de enfermedades propias de los recién nacidos, y puede detectar enfermedades que no trata -aunque puede calmar a la mujer con plantas frescas mientras llega donde el *t^he' wala-*, reitera la necesidad de la costumbre del baño en un hoyo al lado izquierdo de la casa, cuando "corre la regla", para no torear el arco; igualmente recuerda los sitios prohibidos para las embarazadas.

Ellas dan cuenta de una concepción sobre el cuerpo femenino muy particular, inmersa en un contexto cognitivo que relaciona cuerpo-naturaleza-cultura, que sustenta buena parte del saber y la práctica de salud. Concepciones, que además, como significaciones del cuerpo, fundamentan las prescripciones relacionadas con el "moldeamiento" de la mujer para la etnia, así el cuerpo femenino es culturizado para el trabajo, lo económico y las artes -entre otros aspectos-, en íntima relación con la reproducción biológica y social del grupo.

Afirman que se sienten reconocidas y respetadas por su comunidad, generalmente sus consejos son tenidos en cuenta por parte de las mujeres que acuden a ellas. Informaban que no han tenido mayores complicaciones y muertes en el momento del parto o entre recién nacidos. Sólo hacen referencia a niños nacidos muertos y "no cristianos" como consecuencia de pasar por alto las normas establecidas en sus relaciones con el arco.

"Yerbateros": Los recetadores de plantas

En Tóez Tierradentro hay un yerbatero y en Tóez Caloto hay dos, son poseedores de un gran conocimiento sobre las plantas medicinales, de sus clasificaciones, de sus propiedades

y de sus usos; su aprendizaje fue motivado por su propia voluntad, no tuvieron “visión” para ser *tʰeʷ wala*, y aunque sienten señas, dicen no estar capacitados para interpretarlas. Es uno de los primeros eslabones en el itinerario que inician las personas enfermas para restaurar su salud.

“El pulsero”

En Tóez Tierradentro hay un “pulsero” y en Tóez Caloto hay dos, su técnica es táctil y consiste en identificar los pulsos y su recorrido, y su especialidad curar el susto y “recoger” los pulsos a su sitio *üs yat* literalmente “la casa del corazón”, *üs* ~ corazón, y *yat* ~ casa, la casa de los corazones o pulsos. Colocando la boca sobre las partes distales de las extremidades superiores sopla hacia adentro del cuerpo como técnica más frecuente, acompañado de plantas medicinales, unas que se soplan y otras que después se amarran entrelazadas con un cordel en las muñecas de la mano y en el pie a la altura de los tobillos.

“El sobandero”.

Los sobanderos manejan la técnica de sobar y dicen que por su conocimiento y práctica podrían en ocasiones “sobar barrigas” y “acomodar niños” en las mujeres embarazadas, trabaja fundamentalmente con plantas calientes y productos animales con esa misma clasificación; generalmente se ocupan de lesiones asociadas en las articulaciones por dislocaciones y asisten las fracturas en un primer momento sobando e inmovilizando con lo que se llama en primeros auxilios médicos, el entablillado. Afirman que las *tut, ^mba^hisa* también realizan estas actividades.

5.2. Percepción *nasa* de las enfermedades más frecuentes.

Mientras que en la cultura occidental (reflejada en la lengua castellana actual)⁷⁹ lo semántico -no lo semiótico- para salud y felicidad pertenece a dos raíces diferentes, en la lengua *nasa yuwe* pertenecen a la misma raíz:

wēt = saludable, bien de salud.

wēt üsni = felicidad.

En coherencia con su concepción sobre el cuerpo humano que se sustenta en la cosmovisión, los *Nasa* han construido una saber a través de su historia diferente al que posee la medicina académica; y aunque en algunos casos coinciden síntomas o manifestaciones orgánicas, las etiologías no.

Mientras para la medicina académica la diarrea pudo haber sido causada por bacterias, virus o infecciones, para los *Nasa* su origen pudo estar en la mala relación con “el trueno”, “el duende”, “el sereno”, “el frío”, o el calor; con la certeza además, que esos males no son de la competencia de la “medicina blanca”. Precisamente es sobre la correlación de síntomas -como expresión del mal- y la etiología -como concepción-, donde se comprende el tipo de enfermedad y se resuelven los pasos a seguir en cuanto al tratamiento.

Al construir el sistema clasificatorio desde las percepciones culturales del enfermar *nasa*, se revela un orden histórico entendido como resultado de un proceso que refleja el momento actual, muy diferente al de comportamiento de enfermedades en el tiempo como lo hace Pérez Tamayo (1985:14) De tal manera que hay enfermedades “propias” de la cultura y las

⁷⁹ Esta relación campo semántico-campo de la realidad permite encontrar la articulación lengua-cultura. En la parte metodológica-teórica, véase Eugenio Coseriu en: Principios de semántica estructural, en el capítulo:

externas llamadas “venideras” o “afueranas”, otras en transición que son las del grupo de enfermedades que dan cuenta del mestizaje cultural y que aún siendo “afueranas” en el proceso histórico del grupo, han sido apropiadas o vienen en proceso de incorporación y reinterpretación; la clasificación también revela un grupo de enfermedades asociadas al ciclo reproductivo de la mujer.

Abrir campo hacia el entendimiento de las elaboraciones práctico-teóricas que sobre la enfermedad se han construido, fue el propósito del ejercicio participativo realizado con los *Nasa* para construir categorías -no definitivas probablemente- de enfermedades, porque lo importante era ir clarificando cada concepto en un ejercicio complejo que no se agota porque cada concepto está relacionado con otros, y porque la clasificación dejó en evidencia que las enfermedades tienen que ver con aspectos físicos, sociales, económicos, políticos, cosmogónicos, ecosistémicos y espaciales. De tal manera que la explicación de las clasificaciones siguientes no se logra en primera instancia con lo que se diga de ellas, sólo el contexto de la cosmovisión *nasa* da razón de ello.

5.2.1. Las enfermedades “propias”

“Picado de Arco”

El arco es descrito como “una rueda de tres o cuatro colores que se hace en el aire, como formando un chumbe”, no es otro que el arco iris denominado Kitus⁸⁰ y “Se conoce porque caliente y está así lloviendo”. Hay varias clases de arco: el blanco, que sale de noche y el rojo que sale de día. El arco de noche “se ve como un trapo blanco”. También se habla de

Hacia una tipología de los campos léxicos, pp. 210 - 243. Además, Gramática, semántica, universales, y en especial: VII. El estudio funcional del vocabulario (Compendio de lexemática), pp. 206-239.

⁸⁰ Bernal Villa (1954:237) hace más de treinta años hacía referencia a la importancia del arco para la cultura *nasa*, con muy pocas variaciones frente a lo encontrado hoy.

un arco derecho: "es el más peligroso de todos". No parece que haya atribuciones de enfermedades específicas para cada arco, pero si con los espacios, tiempos y situaciones.

Este fenómeno de la naturaleza ha sido vivificado en una especie de "animatismo" de tal manera que tiene su morada en los barrizales, en los charcos de agua, su hábitat se asocia con las fuentes de agua por donde se desplaza caminando, bebiendo, comiendo y orinando; también se transforma en animales y con frecuencia en un "puerco" que se sitúa en las peñas. "Hay otros que se dejan ver como un gato, [...] él se deja ver de muchas diferencias"(voces *nasa*)

Según el tipo de relación con el arco y la situación de la persona, se produce la "enfermedad de arco" muy común entre los *nasa*, y muy importante porque se convierte en foco clave para observar las diferencias y los conflictos entre saberes y prácticas médicas por sus manifestaciones orgánicas tan visibles; en todos los casos el arco debe ser evitado y no exponerse a él, y así se le tiene contento y no causa daño, ánimo que se mantiene si se le da de comer.

"Los granos en los niños" son producidos por "la llovizna de arco", "el orín del arco"⁸¹ produce granera -granos- en los niños, primero rasca el cuerpo y el cuerpecito se pone colorado", "le salen granos, ronchas, da escalofrío y vómito" (voces *nasa*); también se da entre los adultos.

"Dolores de arco, hincadas" son dolores muy profundos más frecuentes en los adultos:

⁸¹ Frente al "orín de arco", igualmente encontramos de Gerhard Rohlfs la siguiente mención: "[...] El profesor Weinrich -dice Rohlfs, Gerhard- me ha hecho notar un interesante pasaje de Aristófanes (Nubes, 370 y ss.) en el que Strepsiades aprende que las nubes producen lluvia y se admira mucho de ello, pues "antes pensaba yo que, realmente Zeus orinaba a través de un cedazo". No se olvide tampoco que en la metodología germánica las nubes de lluvia hacen su aparición en forma de cedazo que dejaba pasar el agua. (P.136).

“Si las gotas de agua de la llovizna tocan el cuerpo de una persona, cuando el arco está en el firmamento como un chumbe, después de 3 o 4 horas se enferma [...] empieza un dolor en todo el cuerpo que no le permite levantarse”, “como que se encogen las venas”, “le deja dormido el cuerpo, como paralizado.” (voces *nasa*)

“Debilidad en la mujer para tener hijos”, el arco las debilita al robarles la energía cuando no se tienen los cuidados durante la menstruación y la dieta posparto, se manifiesta con “dolores agudos en el vientre de la mujer”.

Durante la menstruación, la mujer debe mantener la costumbre de bañarse en un hoyo construido a la izquierda de la casa⁸² para que no se "toree", no se enoje el arco. “Si contrariamente se bañan en el chorro de agua, entonces ese mismo trata el arco cogerla a ella, penetrarla, no le gusta eso; esa suciedad no le gusta al arco, trata de coger eso y dar muchas enfermedades, y la ataca a ella como a su esposo o hijos” (voces *nasa*)

En ese estado el arco es "causante" de enfermedades cuando no se tienen en cuenta ciertas restricciones sexuales; mientras en la mujer “corre la regla” no puede dormir junto al marido, ni tampoco puede tener relaciones sexuales porque el arco se pone bravo, a no ser que se bañe con plantas frescas recomendadas por el *tʰẽʔ wala*; ésta costumbre está generalizada entre los *Nasa*.

Del cuidado del estado de dieta depende la futura salud de la mujer “cuando las señoras que tienen familia -estado de dieta- no se cuidan, no se han guardado, [...] entonces pues eso no le gusta al arco”. “Cuando nace un niño o una niña, es necesario soplar yerbas, partiendo por el lado derecho y por todo su alrededor para evitar que el arco se enoje, para que quede contento, así como el baño de aguas con remedios”. (voces *nasa*)

⁸² Ver 4.1..3 La izquierda y la derecha, o la sacralización del espacio.

“Los abortos o botar familia”, se producen cuando las mujeres frecuentan sitios prohibidos que son moradas del arco:

“Por andar en los barro”, “charcos de agua amarilla”, “sitios donde el arco pasa o toma agua, de las quebradas, él les hace botar la familia”, “pues eso cuando les coge el arco hace botar la familia”, de igual manera el arco les puede producir la muerte o sus hijos pueden nacer no cristianos⁸³(voces *nasa*)

“Muerte repente de animales” o muerte súbita de los animales de la huerta doméstica,

“El arco no solamente es para los cristianos, sino que es también para los animales, porque los animales también mueren con hincadas que le da el arco y así muere por hincadas, entonces una gallina o un puerco o un caballo también se muere por esa misma enfermedad [...]” (voces *nasa*)

Para evitar estas muertes súbitas en el futuro, antes de hacer una casa, debe consultarse con el *t^hë' wala* sobre su probable emplazamiento para evitar su construcción sobre un sitio por donde camina el arco. Además, antes de ser habitada es necesario hacer la jigra para refrescarla. Igual procedimiento hay que hacer con los animales domésticos de la familia. Si estos procedimientos no se realizan, no se podrán criar animales, los matará el arco porque la casa “no está refrescada”.

También es necesario mantener la costumbre de “darle de comer al arco” cada vez que se sacrifica un animal para el consumo familiar o para la minga, o para la venta.

⁸³ Cuando hacen la referencia: “no cristiano”, no es propiamente en la perspectiva de la religión católica, sino que obedece a formas corporales no humanas y muy parecidas a animales como el gato o el cerdo.

"Como el animal tiene tantas carnes -entonces de cada clase de carne le cortan un pedacito, de todo lo que tiene se le saca un pedacito lo echan en bolsa, en alguna botellita, en algún carricito y lo paran allí [...]todo lo dejan junto a un barrito ahí donde para el arco[...]el médico tiene un sitio, digamos, donde va a dar de comer al arco, donde él tiene que llegar, para que él coma, y entonces, desde que él come, digamos, eso se llama darle de comer al arco, entonces el arco no le hace nada malo a los otros animales que quedan"⁸⁴, "es el médico el que enseña a la comunidad, que hay que darle de comer al arco, si una persona no quiere darle de comer, entonces el médico realiza la actividad de refrescamiento, "lo saca de ahí", "Si se voltea la jigra no es necesario estarle dando comida al arco, con este procedimiento realizado por el t^hē' wala ya nada les pasa". (voces *nasa*)

Las enfermedades y hasta la muerte se producen cuando los miembros del grupo no acatan las normas culturales relacionadas con el comportamiento frente a este fenómeno de la naturaleza; si en primera instancia no ataca a la persona, si lo hace con sus animales domésticos; cuando termina con éstos, entonces sigue con el dueño. "Afecta a los humanos y a los animales solamente, a las plantas no", "si uno está frotado con plantas, el arco no lo coge". Se considera que hay que mantener estas costumbres para evitar que las personas y los animales mueran.

Las enfermedades asociadas con el arco deben ser atendidas por el t^hē' wala, porque son propias de la cultura *nasa*, son "avisadas" por él, [...]sólo consultando con el médico, sí le

⁸⁴ El "comer", como característica metafórica del arco iris, tiene cierto carácter de universalidad. Entre muchos autores, Rohlf, Gerhard en su libro *Lengua y Cultura*, a partir de informaciones en el Dialecto de Taormina de Sicilia, recogidas en 1.917, hace las siguientes referencias: "En aquella villa los aldeanos suelen decir " s untáu u ani-vino -e- L'ógghiu" ha salido el pan, vino y aceite, cuando ha surgido un arco iris. Sabemos que los tres productos reunidos en la frase son los elementos principales de cualquier comida de los aldeanos de la Italia Meridional. No será pues, temerario sospechar que el nombre ha emanado de una fórmula mágica: Al fantástico fenómeno atmosférico, que causaba miedo, se le prometían pan, vino y aceite si no dañaba al donante. La existencia de tales creencias y una prueba del sentido mágico de tales formas nos la suministran otros versos de los griegos de Apulea. (Prov de Lecce...) p, 151 "... en los dialectos réticos, el arco iris es llamado, arco **bevondo**, arco **bevudo**, **arcobuan**. Estas designaciones sólo se hacen comprensibles cuando se recuerda la antigua superstición según la cual el arco iris es un ser sobrehumano que chupa el agua de los ríos y la conduce a las nubes. La imagen del arco iris bebedor de agua está muy extendida también fuera de Europa. (P.135).

avisa qué enfermedad tiene uno... tiene que preguntar [...] bueno, qué dolor le afecta a uno, el dolor que uno tenga [...] él le avisa, si es de arco entonces él le dice que está picado de arco". Se afirma que no pueden ser curadas por el "médico blanco".

El *t^hë?* *wala* es el único que puede dar el remedio "pa'los cristianos, los animales, pa'una casa, para muchas cosas". Él puede mandar "fresco unas plantas para bañarse" y si no hacen caso hay que hacer el trabajo completo: "voltear jigra". Las otras gentes mascan los remedios y se frotan el cuerpo, cuando los tienen a mano.

Alrededor de la eficacia del saber *nasa* para controlar las enfermedades del arco, es interesante reseñar las siguientes voces:

"Si le comienza un dolor en la pierna y no le cree -al arco- o piensa que es una enfermedad blanca, se le encoge la pierna". Existen varias experiencias con esta secuencia: "Primero salió una roncha en el brazo, después se le pasó al cuello y la cara [...] fue donde "el médico blanco", quien le dijo que eso era "siete luchas", le mandó a lavar los tendidos de cama y las cobijas y a untarse una crema[...] perdí un poco de plata, me broté más, hasta que tuve que ir donde el *t^hë?* *wala* y me alivié", "Por una yaya Estuvo en el hospital pero no pudieron, en el hospital le dijeron que allá ellos no podían con eso, que fuera donde el médico tradicional. Para ellos la enfermedad era de arco".
(voces *nasa*)

Algunas personas de Tóez Nuevo consideran -incluso recetadores de plantas y parteras- que las enfermedades de arco son curables en el hospital con inyecciones o pomadas, situación que puede plantear dos hipótesis: que una manifestación dermatológica causada en un nuevo ambiente se confunda con la del arco, o que por las características del nuevo territorio y su hábitat reducido así como sus relaciones con él, se atribuyan a otras causas.

Frente a la "granera" en adultos encontramos la siguiente referencia: "Mi esposa fue a cuatro médicos medicinales -médicos facultativos-, más médico espiritista; después médica en Santander, con tomas de agua, baños y yerbas se le quitó la granera"(voz *nasa*).

En Tóez Tierradentro siguen vigentes los pensamientos y prácticas asociadas a las enfermedades del Arco, pero con respecto a su vigencia en Tóez Nuevo un hombre *nasa* con la adhesión de las otras personas presentes en uno de los talleres decía que "todavía existe en toda la gente"; otras personas seguidoras de religiones no católicas afirmaban: "son pocos los que creen en el arco y ellos son los mas viejos, los "antigüanos", "los de ahora creen poco". Esta última afirmación resultaba contradictoria ante las experiencias y actitudes en la mayoría de las personas, que informaban, además, sobre normas para evitar los males del arco⁸⁵; de una forma consciente se niega dicho elemento cultural pero inconscientemente en sus actos se refleja lo contrario.

Establecer de una forma exacta el grado de pérdida de tal o cual pensamiento o práctica, es difícil, puesto que estos elementos culturales no desaparecen de un día para otro y tampoco en toda la población. Fuera de ello, una cosa es lo que se dice en un discurso racional y otra lo que subsiste en el inconsciente.

"Enojo del Duende"

Los *t'é' wala* más relacionados con la lengua hispana y la cultura dominante, hacen la clarificación de que el duende no enferma, sólo se pone bravo. Parece que la clasificación de enfermedades por duende tiene que ver con ciertas normas que no se deben infringir. Normas que al mismo tiempo están relacionadas con las concepciones sobre el cuerpo, lo económico, lo ecológico, lo social, y lo histórico.

⁸⁵ En el nuevo Tóez, el arco puede llegar a través de las redes de conducción de agua domiciliaria desde el lugar donde se encuentra el abasto de agua donde ya vive el Arco.

El duende es la personificación del trueno al cual se le atribuye gran sabiduría y poder, y en forma de un ser humano pequeñito con gran sombrero y pies volteados -chapin- deambula por los territorios sagrados del territorio, por eso se afirma que la visión del duende para el *tʰeʷ wala* es benéfica, puesto que es su maestro. Pero una visión para el profano puede ser peligrosa.

Los dolores de duende por lo general son profundos, "tremendos", acompañados de fiebre, "escalofrío", "hasta caer en la cama y morir"; los relatos mantienen esta constante: sucede a personas que después de estar por fuera del territorio donde habita, regresan por la montaña -hábitat del duende-, sin un ritual de "limpieza" previo⁸⁶ violentando esta normatividad y la prohibición del uso del ají.

Como los viejos usan ese ají caturro, mi papá no se vino por el camino sino por un desecho al salir de Tóez Tierradentro para Caloto, las carreteras estaban destruidas todavía por el terremoto, y en la montaña al duende no le gusta ese ají [...]a mi papá le cogió como calambre y esos tendones no los podía enderezar. Primero le dio una hinchazón en los pies, hasta que se secó. De eso murió, hace ocho años", "A otros les dan ataques y se caen; chillan y se quedan privados" (voces *nasa*)

Las enfermedades atribuidas al duende pueden provenir de un descuido de la mujer menstruante al pasar por un sitio sin cumplir con cierta norma ritual, el no realizar la "limpieza" después de enterrar un muerto, y el no refrescar la huerta, entre muchos otros aspectos.

En los diferentes relatos asociados con el duende se describen síntomas que tienen cierto parecido con los de arco; pero en el escenario del suceso no interviene la aparición del arco.

⁸⁶ Una de las normas entre los *nasa*: alguien que salga de la comunidad debe hacerse una limpieza previa y otra al ingresar al territorio.

Los *nasa* dicen que el arco es visible, pero el duende no, al menos que se le presente en una visión, lo cual es normal que le ocurra a los *l^hẽ' wala*, más no al común de la gente.

El arco no sólo es visible en la atmósfera, sino en las manifestaciones de las enfermedades con síntomas que se expresan periféricamente; una "roncha", un "nacido", una "hinchazón", o una "torcedura", la ve cualquier persona y sospechar o saber que puede ser manifestación de arco, aunque el primer indicio de arco no es todo, pues en últimas es el hombre sabio quien entra a definir.

Los síntomas de duende son más ocultos y bastante disímiles. Sólo pueden ser identificados por el *l^hẽ' wala* después de un delicado examen que pregunta a la persona sobre la posibilidad de haber infringido una norma, si "el paciente" es consciente de una infracción le da un buen indicio al *l^hẽ' wala*; pero lo más importante es la consulta a las señas.

“Enfermedades de Cacique”

Los restos arqueológicos, entierros de antepasados, tumbas de pijaos, (por unos considerados como una étnia enemiga de los *Nasa*, pero por otros como "nuestros abuelos" que rehusaron bautizarse y prefirieron "enterrarse vivos"), se tiene la concepción que transmiten la enfermedad a los vivos, según su localización, por lo tanto deben ser sacados durante un ritual de limpieza correspondiente.

Cualquier actividad relacionada con la ubicación y selección de terreno para la construcción de viviendas o para el cultivo, debe ser “cateada” por el *l^hẽ' wala* para establecer la presencia o no de entierros, y si los hay proceder a los rituales de desentierro y refrescamiento respectivos; el actual territorio de Tóez Nuevo estuvo precedido de los rituales con estos fines antes de su asentamiento, y llegaron a la conclusión que en otro

tiempo estos territorios estuvieron habitados por indígenas al encontrar vestigios arqueológicos y sobre todo osamentas de animales domésticos.

“Enfermedades de pulsos regados por susto”

"Que están regados los corazones, el corazón es el alma de uno, son los mismos pulsos". "El pulso se llama *ūs*, es el corazón y tiene que buscarlo". Los pulsos circulan por el cuerpo y tienen un parentesco con los pulsos que los médicos académicos palpan en la muñeca de la mano del paciente, en la concepción *nasa* se piensa que estos pulsos deben estar en un sitio que llaman “la casa de los pulsos”, de tal manera que cuando la persona esta bien, los pulsos permanecen allí, y cuando la persona se asusta estos pulsos se riegan. (ver en detalle en 4.4.1 las señas y el cuerpo humano).

La enfermedad se manifiesta usualmente en los niños a través de una diarrea “chirle” (aguada), vomito, y los ojos se les ponen de color negro, “vista negra”, se vuelven pálidos, y muy llorones, y los primeros indicios de que el niño está con los pulsos descontrolados por un susto o un antojo se vislumbran cuando la diarrea no se cura ni con plantas medicinales, ni con pastillas. A los niños que ya van a morir “se les ponen los ojitos para arriba”, “Cuando se van a morir ven el espanto y más rápido se les van los pulsos”.

El niño que sufre este mal es un niño todavía no consciente de la realidad física, social y cultural como proceso de significación, parece que en su incidencia jugara un papel importante la debilidad de conciencia en estrecha relación con aquellos estados primarios del crecimiento y desarrollo del niño que tienen que ver con el proceso de conocimiento, en relación con el medio físico y social, se dice que los niños “como son inocentes ven cualquier espíritu”. “El susto se produce por una caída”, “por el sonido del trueno”, “por un golpe, un grito, o la visión de un espíritu”.

Cuándo el niño esta asustado hay que “pulsearlo” y para ello es necesario llevarlo al pulsero que es el especialista, o al *l'hě' wala*; ellos se encargan de recoger los pulsos en las muñecas de las manos y en los pies después de soplar en sus partes mas dístales (la punta de los dedos), luego en las muñecas y a la altura de los tobillos se amarran unas guasquitas con plantas de remedios entre las que se encuentra la yerba alegría (*scutellaria* sp), “en los pies se hace un amarraitito para amarrarlos -los pulsos- y cuando ya están acomodados se deja el nudito amarrao con remedio y se deja hasta que se acabe la guasquita y ya queda curao”. En las reuniones siempre veía niños y niñas con guasquitas en sus extremidades, como las indicadas en los relatos precedentes.

A los adultos también se les pueden alterar los pulsos debido a los antojos -deseo de comer algo-, a los problemas, a las deudas, por no comer "a horas fijas", por debilidad (especialmente en las “parturientas”) por la ausencia de algún alimento.

Las deudas y los problemas en los adultos eran preocupaciones menos frecuentes en Tóez Tierradentro por su menor inserción en una economía monetaria y más de trueque entre vecinos; ahora son las más frecuentes entre los adultos de Tóez Nuevo y se les atribuye responsabilidad en un mal que se conoce como “nervios”, que se tratará en enfermedades “venideras”

“Enfermedades por Brujería o mal puesto - maleficio -”

Manifestaciones como “El dolor de cabeza permanente”, “la comida se devuelve”, “se pierde el conocimiento”, “salen manchas en la cara”, se asocian con la brujería o el “mal puesto” y son estados muy cercanos a la muerte de la persona; cuando “se enloca (enloquece) una persona” se atribuye su estado a la hechicería, no como única causa, pues un trastorno mental también puede provenir de una visión.

"Le daban ataques y perdía el conocimiento, mi papá llevó la niña al médico tradicional, le miró los pulsos, y dijo que es hecho un maleficio, y ha mandado a traer por la tarde,[...] los trabajos así los hace por la noche, mandó remedios y la curó, con dos veces tuvo y ahí quedó buena la niña, se curó", "A mi papá le taparon el sucio (el ano) y murió aventao y lleno de aire, ni viento, no bajaba nada." (voces *nasa*)

Los accidentes, la pérdida de bienes -especialmente semovientes-, daño de las relaciones familiares, y las enfermedades que se resisten a la cura mediante remedios de los *t^hë[?] wala* también se atribuyen frecuentemente a la práctica de la brujería, de allí que sea tan temida por la comunidad y que ésta se ponga permanentemente en guardia contra ella.

Utilizando elementos "mágico-patógenos" como "plantas bravas", huevos de gallina, partes de la culebra -colmillos-, pelos, excrementos⁸⁷, partes de alacrán, carne pútrida, una persona puede causar la enfermedad a otra u otras. La composición patógena es colocada en un sitio especial de la territorialidad más próxima de la víctima, como su casa, parcela, sendero, e incluso se le suministra en bebidas o comidas. Se pone el mal, se hace "el mal" (de allí viene su nombre), ésta practica ha jugado un papel muy importante en el ámbito de la resistencia cultural, en conflictos con mestizos o terratenientes, o de control social al interior del grupo, como viene sucediendo con más frecuencia en Tóez Caloto.

Una persona que siente que es objeto de maleficio -brujería- se haya prácticamente amenazada de muerte y por ello siempre busca ser atendida por un *t^hë[?] wala* más poderoso que el que esta haciendo el mal. Se busca por tres razones fundamentales: a) porque el *t^hë[?] wala* es el único capaz de identificar o confirmar que se trata de un caso de brujería, maleficio o mal puesto -a pesar de que el paciente muchas veces identifica los síntomas-⁸⁸,

⁸⁷ En los grupos negros del vecindario de Tóez Nuevo, la sangre menstrual se utiliza para perjudicar a otra persona, sobre todo en la relación de dominación mujer-hombre.

⁸⁸ Un principio de análisis, coincide con las observaciones de Antony Hemman (1978:196) "En efecto, la "proyección" de envidia y celos en la persona de un rival, muchas veces no es mas que un suterfugio usado por el curandero para apuntar indirectamente al hecho de que la envidia, los celos en cuestión pueden estar

b) es a la vez la única persona en la comunidad que puede combatirla o indicar el modo a quien la padece de escapar de ella, y c) además porque es también el único capaz de saber por medio de las señas quien es el causante.

Pero si sobre el enfermo de maleficio existe un estado de amenaza latente de muerte, igual sucede con la persona que esta haciendo brujería, porque de ser descubierto como autor queda expuesto ante la comunidad en general o ante el afectado y familia a una muerte ritualizada o simbólica, aunque en algunos casos y cuando el cabildo se entera de ello y mediante su investigación comprueba los malos trabajos de una persona, primero la llama y la amonesta públicamente.

Las enfermedades causadas por maleficio permanecen bastante vigentes entre los *nasa*, tal vez jugando un papel fundamental de resistencia cultural en conflictos con mestizos y terratenientes, o de control social al interior del grupo, y podría pensarse que es la expresión más social de las prácticas rituales de los *t^he' wala*.

Atráe bastante la atención el hecho que los hombres sabios de Tóez Caloto no realizan con frecuencia los rituales preventivos como en Tóez Tierradentro y se hayan dedicado más a los rituales familiares o colectivos para el control de la brujería o impedir ser objeto de ella, planteándose como una especie de razón de ser de su saber.

“Enfermedades por visiones”

Los "ataques", "descontrol de pulsos" y "locura" o enfermedades mentales son asociadas con las visiones de duende. Generalmente la "locura" ha sido causada por una visión de

alojados exclusivamente en la mente del paciente[...] a lo cual hay que agregar que en varias ocasiones se ha encontrado que el paciente llega con conocimiento o sospecha de su padecimiento”.

duende que no se hizo saber entre el grupo familiar y no se tuvo en cuenta como seña de predestinación cultural e iniciación para ser *tʰeʷ wala*; en la medida que el individuo que sintió la seña la ignoró, empezó a sufrir el mal.

Las visiones explícita e implícitamente poseen la característica de estar precedidas de un comportamiento inadecuado en el momento de su ocurrencia; las "visiones" y el ataque del "duende" son experiencias vividas por personas que no se comportan bien, que violan las maneras de relacionarse especialmente con los territorios sagrados e incultivados, las lagunas, los páramos y los bosques, al accederlos sin el ofrecimiento y el permiso del duende, o al excederse en la apropiación de los recursos disponibles.

Varios *tʰeʷ wala* han sido iniciados después de tener visiones de duende por transgresiones, convirtiéndose en los mayores difusores de la normatividad cultural, el saber de los héroes culturales y los dueños de la naturaleza, y defensores de la etnicidad y el territorio.

5.2.2 Las enfermedades “venideras”

Son las enfermedades que fueron traídas por los blancos, las que son producto de los desajustes causados en la sociedad indígena por el contacto con la “sociedad mayor”. Para ellas el conocimiento *nasa* “no alcanza”, no son de su competencia, y por lo tanto no se encuentran dentro de la clasificación anterior de “propias”⁸⁹. Se catalogan como venideras todas las enfermedades que se previenen con las vacunas, y según los *Nasa* las más frecuentes son la tosferina, el sarampión, la “viruela”, también se encuentran las

⁸⁹ Esta sencilla clasificación de las enfermedades en propias y venideras o afueranas es de la cultura *nasa* y tiene -desde luego- repercusiones en lo histórico. Lo importante no es considerar la clasificación como estática sino como algo dinámico. Por ejemplo, entre los protestantes de Taravira vecinos de los Tóez, la tuberculosis (enfermedad venidera es explicada causalmente en relación con el arco y con el duende, es decir, como propia).

enfermedades de transmisión sexual, la tuberculosis -en su fase más avanzada-, el colera, el dengue y ahora los "nervios".

Para estas enfermedades se busca su atención en los servicios institucionales de salud con los médicos académicos, con las medicinas alternativas u otros saberes y prácticas curativas de otras tradiciones y formaciones culturales del sur-oeste Colombiano.

En el nuevo asentamiento de Caloto, y por contacto con personas de comunidades negras, empiezan a presentarse enfermedades, que según los *Nasa* "son de los negros" como el "mal de ojo", que si bien ya estaba presente en otros asentamientos *nasa* que desde antes han mantenido contacto con dichas comunidades, es nueva para los que proceden de Tierradentro.

Una de las curanderas definía el mal de ojo de la siguiente manera :

"El niño presenta diarrea, vómito, etc. Esta enfermedad tiene varios síntomas porque hay tres clases de ojo que son : ojo secador, ojo bobo, ojo matador. El ojo secador; se reconoce cuando el niño deja de comer, le da diarrea y empieza a adelgazarse, sino se lo cura de inmediato puede fallecer [...] el ojo bobo se manifiesta cuando el niño pierde sus habilidades, como jugar, cantar, bailar; si no se lo cura a tiempo puede quedar con problemas de retardo mental y puede hasta morir [...] el ojo matador sólo dura veinticuatro horas después de ser ojeado" (voz de curandera mestiza)

Refiriéndose a las causas agrega:

"Las personas que ojean son aquellas que tienen mucha energía en los ojos, a estas personas es muy difícil sostenerles la mirada o mirarlos de frente por esa fuerza que tienen en los ojos, muchos ojean por esta energía, otros de maldad, por cariño [...] hay personas que saben cuando ojean a un niño porque las vistas se lloroclean y de inmediato se da cuenta que ha ojeado un niño [...] también se ojean animales, y plantas que sean llamativas"

Otra enfermedad que empieza a hacerse presente es la "brasa"⁹⁰ entre los niños, en forma de ampollas en la piel conteniendo un líquido entre blanco y amarillento, que cuando se revientan forman placas de color negro; se atribuye su causa al mucho calor, y la curan los curanderos de Santander de Quilichao.

La pérdida de autonomía económica en el nuevo espacio de Caloto donde se ha requerido de una obligada inserción en la economía monetaria para poder subsistir, los ha llevado a asumir compromisos económicos de préstamos y en consecuencia deudas, que les produce estados de angustia, preocupación, intranquilidad, falta de concentración, que en algunos casos se acompaña de diarreas, que denominan como "nervios" y se presentan entre los adultos.

5.2.3. Las enfermedades “apropiadas”

El proceso de apropiación es posible por la llegada de la medicina académica, y por la reapropiación de experiencias de familiares cercanos, o por propias experiencias. Se podría pensar que ante la presencia de cualquier síntoma el primero que actúa es el "saber de todos" y en cierta medida allí se daría un proceso de reapropiación, y es probable que éste sea el primer paso para ello; pero la apropiación se entiende como la incorporación de un contenido al propio saber y sistema de representaciones, que es resignificado y elaborado en una forma propia de concepción y curación.

Se hace difícil nominar este grupo de enfermedades de una manera más clara; en él se incluyen las enfermedades que se encuentran en un proceso de incorporación y redefinición dentro de la cosmovisión de la cultura *nasa*. Generalmente son enfermedades referenciadas

⁹⁰ Los médicos piensan que esta sintomatología es similar a la del herpes producido por virus.

en el territorio de Tóez Nuevo con una temperatura ambiente entre templada y cálida; claro está que estos procesos de apropiación ya han sido iniciados por la cultura *nasa* en otros asentamientos de la parte plana del Valle del Cauca.

Se explican por el repentino enfriamiento del cuerpo por la lluvia o sereno después de haberse acalorado por la actividad física o por la exposición a los rayos solares; sucede por el descuido de las personas al no tener en cuenta la valoración y normatización cultural sobre el acaloramiento, enfriamiento y sereno, en relación con la salud y la enfermedad, y que es bastante profusa e interiorizada en y por el grupo. En esta agrupación se encuentran “el colerín”, la gripa, la bronquitis, y la tuberculosis.

“El colerín” es una enfermedad identificada por los *Nasa* como una enfermedad de los hombres “vagabundos”, la reconocen por lo siguiente: “uno quiere orinar y no baja la orina o baja poquito muy amarilla [...]viene unos granos inconando en la punta por eso es que no baja el orín, por donde baja el orín, está tapao, está inconao parejo, está estancao”; sin embargo, el *tʰěʷ wala* descarta la asociación con el ser “vagabundo” y lo que ello connota, cuando afirma que es producida por “el baño acalorado” cuando “un hombre de edad, cansado, sudado, se baña sin refrescar el cuerpo”.

“La gripa y bronquitis” son enfermedades reconocidas por la comunidad porque: “da tos de p'arriba”, “duele la garganta”, “duele la cabeza”, “da fiebre”, “da mocos” y es atribuida igualmente al cambio brusco de temperatura en las personas: “cuando se está trabajando y se moja”, “si ha quemado sol y nos serenamos”, “cuando borrachos, nos quedamos dormidos al sol o sereno”, “si estamos trabajando, llueve y no nos podemos escampar”; por eso lo mejor para prevenir estas enfermedades, es “no mojarse después de asolearse”, “refrescarse para poder bañarse”, “bañarse en la mañana o en la madrugada”. Es una enfermedad que ataca a todas las personas, sin distinción de sexo y edad, con más

frecuencia en las épocas de invierno; el tratamiento a seguir para curarlas es el uso de las plantas frescas.

“Tuberculosis”. A las anteriores enfermedades clasificadas por la medicina académica como del aparato respiratorio -según los *nasa* causadas por descuidos personales-, se agrega la tuberculosis causada también por el “baño acalorado” y por un contexto de vida donde se destaca la desnutrición causada por el contacto con el mundo de afuera y el desplazamiento de las poblaciones hacia tierras infértiles; evidencian una visión clara de la epidemiología social de la TBC, pero no de sus aspectos en el orden biológico.

Se rememora cómo la alta incidencia de TBC en el resguardo de Toribio, cerca de Tóez Caloto, es secuela de la crítica situación vivida como terrajeros, al estar sujetos a condiciones infrahumanas de trabajo, y constantemente obligados a pasar por alto los cuidados personales en la relación cuerpo-cultura establecida por la cosmovisión *nasa*.

La tuberculosis en su fase inicial según el *t^hë²wala* se puede tratar con los recursos medicinales *nasa*⁹¹, y cuando está avanzada se reconoce -la mayoría de la población- que su control y curación sólo son posibles en el hospital. “Los pulmones cuando ya están pasados tampoco oyen -la medicina indígena- da tos, eso nunca quita desde que no tomen los remedios [...] yo tuve con ellos para la enfermedad que me dio, [...]uno saca saliva, y gargajo salía con sangre, entonces para eso no oyó más ninguna planta nuestra”(voz *nasa*).

⁹¹ Para las enfermedades afueranas como la tuberculosis, la cultura *nasa* ha desarrollado estrategias para enfrentarlas. Un elemento teórico importante es el de las distintas articulaciones entre campo empírico -una práctica social o un campo físico y biológico- y el campo semántico.

5.2.4. Estados delicados en la la mujer

kwekwe yu² β_yα:, “correr agua” o menstruación.

kwekwe yu² β_yα:

kwekwe ~ cuerpo

yu² ~ agua

β_yα: ~ aparecer

Menstruar en *nasa* es no-vida, es correr agua.

A la menstruación o regla -también- se asocian los dolores profundos causados por el arco, durante este período la mujer se puede bañar, en Tóez Tierradentro la mujer hace un hueco al lado izquierdo de la casa, retirado por lo menos cinco metros; en éste se baña y allí mismo lava la ropa que ensucia durante la regla; algunas veces estos baños van acompañados de remedios con plantas calientes aportados por los *t^he² wala*. No tener en cuenta estas normas puede estimular el enojo y ataque del arco a la mujer y a los animales domésticos que están bajo su cuidado. (Ver “picado de arco”).

En Tóez Nuevo por las nuevas características del asentamiento no disperso con casas y solares contiguos se ha transformado esta costumbre, y frente a ella afirman: "Todo depende de cada persona, porque hay personas que no utilizan el hueco y se bañan en cualquier parte, no creen en eso, se bañan dentro de la casa".

Más o menos a la edad de 14 años una niña deja de serlo, "Ya de 14 años es mujer", corre la primera regla, y son sus madres o hermanas mayores las encargadas de dar explicaciones

sobre este estado, y hacen las mismas recomendaciones que recibieron cuando vivieron su primera regla y otras sobre sus experiencias. "Más o menos a partir de los 40 años en las mujeres ya no vuelve a correr la regla", y cuando se acerca esta época, "cuando se está acabando la regla", no se siente nada, ni dolor, "no hay enfermedad".

La costumbre tradicional de separar a la muchacha de la casa para pasar los días que duraba la primera regla en una pequeña casa construida al lado izquierdo de la casa principal, se encuentra sólo en la memoria de los *Nasa*. Se dice que "Por aquí -Tóez Nuevo- es común y corriente, si tiene la primera regla la pasa en su casa", no se siente dolor alguno, "De cólico no han sufrido, no siente, no son fuertes -los dolores-", se puede comer de todo, se pueden bañar común y corriente, y no se puede salir al trabajo.

Estas nuevas experiencias en Tóez Caloto podrían inferir una primera aproximación analítica. En Tierradentro toda la normatividad ante un ecosistema frágil caracterizado por temperaturas muy bajas tenía como tendencia evitar el frío y sus excesos, la gran preocupación era evitar el exceso de frío, preocupación que no existe en un nuevo ecosistema caracterizado por temperaturas entre medias y altas.

En ambos territorios sin embargo se mantienen ciertos cuidados para no afectar a las personas con las cuales se comparte la cotidianidad y a los animales de la casa. Durante este período no se deben visitar lo niños pequeños porque les da "pujo", que consiste en que "se abre el ombligo al pujar", "el ombligo queda fuera"⁹² como una tetica, sucede cuando el niño es visitado por una mujer que está corriendo la regla o está en embarazo"; y para que la madre en ese estado no le produzca el mal de pujo al niño, debe estar frotada de plantas medicinales calientes que generalmente mantiene en la huerta.

El Embarazo

El embarazo se reconoce "cuando no corre la regla un mes pasado", y hay certeza a los tres meses cuando el niño es sentido por la madre; es un estado normal muy importante para la comunidad, puede durar 8 o 9 meses, ocho meses si es niña y nueve meses si es niño, al decir de las madres; es el estado de mayor susceptibilidad para la mujer enfermar o morir, si no se guardan ciertas normas.

La mujer continúa realizando sus actividades corrientemente, evitando no caérse, no golpearse la "barriga" porque el niño está "patente"; se continúa trabajando "como indígenas" ya que cuando el cuerpo es "muy duro" no hay problemas; sólo en los dos últimos meses deben realizarse trabajos más suaves y no cargar mucho.

Existen una serie de restricciones que deben ser cumplidas para evitar la enfermedad tanto en la madre como en el niño; las aguas y los alimentos a consumir no pueden ser "repetidos" -recalentados-, deben ser "cocinados de una vez"; igualmente hay restricciones frente a las frutas: el consumo de guayabas (Pisidium guayabo) debe eliminarse para evitar que aparezcan "granos" en la piel de los niños; en general la alimentación no varía, "por parejo hasta que el niño nace". Los antojos de la madre deben ser satisfechos porque de otra manera "el niño caería", es decir, se produciría algo así como un aborto, situación no presentada todavía en Tóez Caloto según la gente.

Las mujeres empiezan a sufrir después del séptimo mes de embarazo porque los niños se atraviesan, y es necesaria la presencia de la partera para "arreglar", o sea para volver al niño a su posición normal, "a los siete meses arreglan, porque allí es cuando sufren, el niño se

⁹² "El ombligo se crece, está para quebrarse, el niño se queda con ombligo largote, consígase cera de montaña de laurel, con un pedacito que sea de abeja y lo echa ahí mismo, eso es para el niño y le quita el pujo". (voz de *l'hé wala*).

atraviesa". Aunque hay mujeres que empiezan a acudir donde la partera desde los tres meses de gestación; otras la buscan a los seis meses; asimismo, hay unas que sólo acuden a última hora.

Cuando "se sienten mal" consultan la partera, quien les "arregla el estómago, sobándolas con la mano y con infundia de gallina". El tratamiento del frío lo hace la partera utilizando emplastos calientes de infundia de gallina, ortiga (Ortica urems), altamisa (Franseria artemisioides) ruda (Ruta graveolens), ajo (Allium sativum), encima del estómago de la afectada, después del procedimiento o acomodamiento se aconseja a las madres que tomen aguas de toronjil (Melissa officinalis L) y que se guarden del trabajo durante los dos últimos meses. La sobada también se utiliza como técnica para calcular el día del parto. Hay parteras que se disgustan si su paciente se hace sobar de otra.

El dolor de arco es lo más frecuente en el embarazo porque la mujer "anda en los barro", "charcos de agua amarilla", sitios donde para el arco. (Ver "picado de arco"). La partera puede identificar el tipo de enfermedad, pero sólo puede ser atendida por el *t^he² wala* que lo define como un dolor en todo el cuerpo que si no es atendido por el médico tradicional, pueden morir la mujer y el niño, o éste puede nacer con deformaciones en el cuerpo.

El parto

Durante el embarazo las mujeres deben tener muchas precauciones frente al frío, al arco, al duende, pero es el momento del parto el momento más susceptible a estas influencias, y por eso la necesidad del cuidado por las *tut, mba^hisa*. Cuando el embarazo entra a los ocho o nueve meses la partera acompaña permanente a la mujer incluso en sus actividades en la huerta, "tengo que acompañar a la señora hasta que llegan los dolores fuertes", se dice que son más fuertes cuando el que viene es un niño.

Generalmente el parto es atendido en la casa y del proceso participan directamente la *tut*, *mba^hisa*, el esposo, y la madre o hermana mayor de la parturienta. Otras personas pueden acompañar indirectamente con la preparación de bebidas o alimentos asociados al proceso.

Aunque fueron relatadas más o menos siete variantes sobre las técnicas del parto, el cuadro estructural es como el que sigue: El esposo se sienta en un banco, la parturienta en cuclillas y pujando se ubica al frente de él y se apoya con sus manos en sus hombros, mientras que la partera situada atrás de la parturienta la soba desde la cintura hacia abajo. En el suelo, en medio de los pies de la parturienta, un tendido de ropa recibe el niño. En esa misma posición de la mujer se espera que salga la placenta para poder cortar el cordón umbilical, de cortarlo antes "se hincha el niño".

Algunas mujeres acostumbran soplar una botella para esforzar la expulsión del "placer", ombligo o placenta, si no cae, hay que dar a la madre una copa de aguardiente (30ml.) con miel; cuando cae se corta el cordón umbilical con un carrizo: "busco carrizo, hago filo y cuando corto, echo alcohol"; las tijeras no son muy utilizadas por las parteras, una de ellas planteaba: "Con tijeras si uno no calienta rápido y no echa alcohol, sí infecta".

La técnica corporal y social del parto es uno más de los aspectos que entran en conflicto con la práctica médica académica. Una mujer *nasa* cuenta que (por complicación de su embarazo e insinuación de la *tut*, *mba^hisa*) decidió ir a tener el hijo al hospital, y cuando la sentaron en la camilla "me sentí mal, no podía hacer fuerza"; tuvo una reacción de resistencia. Sólo pudo llevar a efecto el parto en cuclillas, su técnica natural.

En el resguardo de Tóez se mantiene la costumbre de “sembrar”⁹³ o enterrar la placenta por parte del padre del niño cuando el alumbramiento se produce en el territorio. Existen diversas formas de hacerlo, en Tóez Tierradentro la “siembran” en el “sitio donde enferma la madre”, en el piso de tierra debajo de las tulpas para que no de frío al niño, y dicen que sembrarla afuera de la vivienda es como una forma de aborrecer a los hijos. Ahora la costumbre, dado el proceso de transformación de la vivienda, es sembrarla afuera de la casa acompañada de plantas calientes para evitar que se enfríe, siguiendo en este caso la tradición.

Los procedimientos con “la placenta” tienen el propósito de evitar que le entre frío al niño como si la placenta siguiera unida a su cuerpo, de allí probablemente deviene la relación simbólica tan fuerte con el territorio. A la madre indígena hay que hacerle remedios calientes con plantas o baños de plantas para evitar que el estado frío del proceso del parto se vuelva más frío y los enferme a ambos.

El evento del parto posee un conjunto de situaciones que entran en conflicto con el proceder de la medicina hospitalaria y ellas son: la técnica corporal, la participación familiar y social, las prevenciones y cuidados de la placenta y el cordón umbilical en relación con los estados de frío-hielo, los baños y bebidas de plantas calientes, una alimentación balanceada entre los alimentos fríos y calientes, desconfianza y temor a que su cuerpo sea observado y tocado por personas extrañas, concepciones sobre el cordón umbilical y el crecimiento del niño; ir al hospital implica violentar el espacio materno.

⁹³ Cuando se siembra algo es porque se espera un resultado, se siembra un elemento que potencia vitalidad, por ejemplo: se siembra una semilla para que germine y nazca una planta. En 4.1.1.vimos cómo hay partes del cuerpo que tienen su correlato con el árbol. En este caso se siembra una parte que estuvo asociada con el cuerpo del niño, la placenta se siembra como un árbol, se espera que lo que suceda a la placenta le suceda al niño, si se le evita frío al enterrarla y cubrirla con brasas, el niño no recibirá frío. Sólo sembrándose se mantiene la vitalidad metafórica, si se pudre se pierde la vitalidad: el niño morirá. (¿Qué se hace con la placenta en el hospital?). Para conocer similitudes frente a lo que se hace con la placenta en otros pueblos de Latinoamérica (Mariscoti, 1978:37 y Davidson 1983) y del mundo, ver: Tibon Gutierre (1.981) *La Triade Prenatal*. México. Fondo de Cultura Económica, pag: 62-78.

El cambio repentino de su espacio habitual a otro espacio diferente en una situación donde actúan nuevos y desconocidos elementos culturales en relación con el estado corporal de la mujer, le produce conflictos psicológicos y múltiples reacciones como las de la parturienta que rehusó tener su hijo acostada en la camilla. Hay otras situaciones donde entran a actuar las concepciones sobre el frío, lo caliente (no reducible sólo a los alimentos y las plantas), lo social (mejor dicho, lo insociable), la extrañeza (por doble vía: lo que pierde al dejar lo suyo y la rareza de lo nuevo), la violación del cuerpo (en el sentido de penetrar más allá de lo permitido por la tradición cultural); el misterio de los hombres y mujeres de bata blanca que ingresan, miran, preguntan, tocan, dan remedios, se marchan, retornan otra vez y de nuevo se retiran.

"La dieta"

Después del nacimiento del niño la mujer bota "el sucio" y se renueva la sangre, viene "nueva sangre", ese es el estado de la "dieta" o puerperio. Si la madre no se cuida debidamente al no consumir alimentos para contrarrestar el frío propio de su estado, y no se hace el ritual de limpieza con plantas frescas y calientes, el arco puede traer problemas a la familia y a la comunidad. En Tóez Tierradentro las mujeres guardan dieta por el tiempo de un mes aproximadamente, pero es muy variable dependiendo de las exigencias de las actividades económicas dentro del grupo familiar, en Tóez Caloto el tiempo de la dieta empieza a ser determinado por la economía de la familia y las necesidades de trabajo de la mujer.

El cuidado empieza apenas nace el niño(a), a la madre se le da un caldo de huevo -dos huevos- en una cantidad de un vaso (350 ml.) aproximadamente, preparado con

ingredientes como ajos (Allium sativum) y cominos; es el primer alimento que se le proporciona, pero también pudo habersele dado en el momento del trabajo de parto para evitar que la madre perdiera fuerzas y se "mareara". También se le suministra a la madre una copa (30 ml.) de aguardiente "quemado"⁹⁴ con miel de abeja; en algunos lugares este alimento sólo se le suministra a la madre cuando no cae el "placer", "ombligo", o placenta como es conocida por nosotros; se podría decir que es en éste estado donde se evidencia con más claridad la clasificación que se hace de los alimentos en fríos y calientes.

Los alimentos a consumir deben ser calientes y las "comidas sanas". Las comidas sanas son las calientes y no pesadas como arracacha, guineo, fideos, gallina, cordero, de la misma manera que el agua bien hervida, no "repetida" (recalentada). Entre los alimentos que se prohíben se encuentran el frijol y maíz porque son muy pesados, el arroz porque es frío y pone a la mujer pálida y anémica. También son fríos el plátano maduro, el banano y el agua sin hervir. Se evita el consumo de cebolla porque se le incona el ombligo al niño, "la mancha de cebolla es muy brava". El pan dulce debe consumirse tostao.

En la actualidad son muy pocas las veces que la madre puede comer gallina, contrario a otras épocas donde su consumo era durante toda su dieta. "A veces le puede dar a la señora dos o tres semanas gallinita, todo depende de las condiciones económicas". "Los alimentos para la dieta deben estar bien tapados para que no les caiga frío", así se evita también que el niño enferme, "para que no de mal de viento".

Una comida ideal para la parturienta es como sigue: "Caldo de gallina -aliños-, albahaca (Ocimum basilicum), cimarrón, perejil (Petroselinum sativum) cilantro (Adiantum sp.), arracacha, como lo principal, también platanito; de sobremesa, chocolate y aguapanela". Cuando se cumple un mes de dieta a la madre se le suministra carne de ovejo.

⁹⁴ Se echa el aguardiente en una copa (30ml.), se pasa un fósforo encendido por la superficie del líquido el cual se prende, luego se apaga y se le agrega una cucharada (5ml.) de miel de abejas.

Es precisamente en el desconocimiento de la clasificación cultural de los alimentos, de sus usos y prohibiciones donde se plantea una contradicción fuerte con la cultura *nasa* en los centros hospitalarios.

Entre otras actividades que se incluyen en el proceso de la dieta se encuentran las siguientes: a los tres días se baña la señora con aguas de tres hierbas en un sitio libre de viento, se seca su cuerpo con una toalla y se le viste con ropa previamente calentada para evitar el escalofrío; al tiempo se bañan los niños con aguas de las mismas hierbas con las que bañan a la mamá. Se hace caminar a la mujer para evitar que la "encamada" le haga daño, hasta los 15 días "no hacen nada más que caminar"; después de los 15 días hasta que termina la dieta pueden cargar cosas que no sean pesadas y cocinar alimentos, pero no pueden coger cosas frías porque se "pasma" por su estado de acaloramiento.

5.3. Curaciones de enfermedades -terapéuticas culturales-.

Al abordar los saberes (5.1), se hicieron referencias a los procedimientos curativos más usuales por los especialistas. La cura no requiere siempre de la terapéutica ritual dirigida por el *tʰeʷ wala* y los diferentes agentes de la comunidad logran un procedimiento efectivo sin estos rituales.

Aquí me propongo informar sobre los rituales oficiados por los *tʰeʷ wala*; ellos son los rituales de "limpieza", "refrescamiento" y "ofrecimiento" que pueden realizarse conjuntamente como una ceremonia, o separadamente dependiendo de los requerimientos individuales, familiares y comunitarios, y mantienen en esencia una estructura que deja en evidencia el sistema cosmológico que como sistema cultural ha sustentado la etnicidad *nasa*, se realizan periódicamente en Tóez Tierradentro, pero en el asentamiento nuevo en Caloto son mas esporádicos.

Tabla No. 15 Actividades o situaciones que se acompañan de rituales, según los *Nasa* de Tóez Tierradentro y Tóez Caloto.

Actividades o situaciones	Rituales			nasa de Tóez		Para evitar :
	L	R	O	Tierra-dentro	Ca-loto	
Cuando un individuo sospecha o sabe que padece una enfermedad propia: cacique, duende, arco, mal postizo...	X			(+)	(-)	Su muerte y lograr su rehabilitación
Durante la menstruación.		X		(+)	(-)	Que el arco la enferme.
Al compartir vivienda y dormitorio con una mujer menstruante.		X		(+)	(+)	Que le robe energía.
Durante el embarazo.		X		(+)	(-)	Que "bote la familia" o que la criatura "no salga cristiano".
Después del parto o puerperio.	X	X		(+)	(+)	Que el arco enferme a la madre o a las personas que viven en la casa.
Después de nacido un niño o una niña "sembrar" la placenta		X		(+)	(-)	La pérdida de la identidad como indígena, y se desligue del territorio
Cuando se adquieren los remedios recetados por el médico no indígena		X		(-)	(+)	Que entre mala señal y lograr un buen provecho
Cuando muere una persona.	X			(+)	(+)	El hielo y que los dolientes no pierdan fuerzas o se debiliten
La Construcción de casas.	X	X		(+)	(+)	El mal de cacique, y que en la familia "no exista entendimiento".
La realización de mingas.			X	(+)	(-)	No compartir en comunidad.
Apertura de una nueva labranza, y recolección de la cosecha		X	X	(+)	(+)	Una producción escasa y la inequitativa retribución, entre quienes ayudaron.
Cuando se muere un animal -vacuno principalmente- o cuando se vende			X	(-)	(+)	Que se mueran, no se reproduzcan y no pierdan fuerzas, los que quedan.
Dirimir conflictos familiares o comunitarios.		X		(-)	(+)	Soluciones injustas.
Emigrar y Salir del territorio por temporada larga		X		(+)	(-)	Que le vaya mal al "conocer mundo".
Cuando se regresa al territorio que es lo más común y siempre se espera.		X		(+)	(-)	Que traiga acumulación de amenazas, para sacarle el sucio (de libre interpretación)
Durante el recorrido de la gente por los espacios incultivos: Paramos, bosques, etc.		X	X	(+)	(-)	Que sus espíritus protectores (Duende, Jucas, Pishimisak, Pantasma Negra) los rechace y evitar el ataque a los "visitantes" o comunidad en general.
Previamente al recorrido por los espacios "sagrados" del territorio por parte de los hombres sabios		X	X	(+)	(-)	Que los ancestros y caciques no se enojen y se posibilite la intimidad comunicativa con la historia
Cuando se sale a recolectar plantas de espíritu fuertes o calientes (propias del espacio incultivo)		X	X	(+)	(-)	Ser atacado por los espíritus protectores, y permitan buenas señas para encontrar y reconocer nuevas
Cada año durante la ceremonia de traspaso de varas de mando o posesión de los nuevos cabildos	X	X		(+)	(+)	Mala gestión, y mal gobierno e injusticia.
Durante la lavada de varas del cabildo en las lagunas o sitios de nacimiento de los ancestros	X	X		(+)	(+)	Que se pierda la continuidad comunal de la sabiduría de los ancestros héroes culturales.
En las reuniones preparatorias de cabildos y comuneros o en momentos de recuperación de tierras		X		(-)	(+)	Malas estrategias y fracasos
Mientras el ejercito está de paso o se sepa de su visita	X	X		(+)	(+)	Desmanes y males contra sus líderes, o evitar que lleguen.
Cuando los cabildos o líderes están en negociaciones, concertación o vayan a presionar al Estado	X	X		(+)	(+)	Insolidaridad y el no apoyo.

Rituales: L: Limpieza , R: Refrescamiento, O: Ofrecimiento.

(+) Mas frecuente, (-) Menos frecuente.

5.3.1. “Voltear la seña” o ritual de “limpieza”.

Es el ritual donde se “voltea la seña” y se restaura su circulación, se logra el equilibrio, se limpia, se libera el cuerpo del $p^h ta^n d_z$ -sucio- que es desarmonía, desequilibrio; es el ritual terapéutico más importante y contiene varios pasos -que se ejecutan en acuerdo con la dinámica de la enfermedad y la fuerza de las señas- que conservan un procedimiento general y que se engloban dentro del concepto genérico de “limpieza”.

Es de obligatoria realización en las noches, y una vez se decide que se hará, requiere de unos preparativos, de unos ingredientes: hojas de coca tostadas, aguardiente y tabaco, que se entregan al $t^h e^2 wala$ por las personas que formarán parte del ritual, él por su parte aportará las plantas medicinales en sus diferentes clasificaciones y usos lo mismo que el mambe y parte de la coca; es un dar y recibir para renovar el principio de la reciprocidad en su doble vía sociedad-naturaleza.

Expondré lo que tiene que ver con el tratamiento del cuerpo y la seña porque es en el momento de la “limpieza” cuando la seña se vuelve más dinámica y donde actúa, complementariamente, como fase de diagnóstico, y fase de tratamiento propiamente dicho.

La “Volteada de la Jigra”⁹⁵ se sucede una vez se ha completado el grupo de personas que participarán de la ceremonia con el $t^h e^2 wala$ y antes del desplazamiento al lugar donde se realizará. El $t^h e^2 wala$ es el primero que mambea. Antes de introducir en su boca la coca con cal, primero la empuña en la mano y le hace un giro por su cuerpo: del pie derecho pasando

⁹⁵ La jigra, es una bolsa tejida -por las mujeres- en fibra de fique o de algodón usada por hombres y mujeres para llevar sus artículos personales. El $t^h e^2 wala$ posee una jigra exclusiva para guardar las plantas medicinales, coca, mambe y aguardiente; es el símbolo del hombre sabio. Durante el ritual de “limpieza”, además de la jigra personal, se utiliza una más grande donde se encuentra la coca, el tabaco y aguardiente que consumen las personas que hacen parte del ritual, es la jigra que se voltéa.

por la coronilla, hasta el pie izquierdo (para simplificar entiéndase, este giro de ahora en adelante con la formula p.d - c - p.i.).

Después le pide a cada uno de los participantes que su aporte de coca, tabaco y aguardiente lo introduzcan en la jigma - destinada para ese fin- diferente a la suya que lo identifica como *tʰeʷ wala*. Cada persona de forma separada toma uno a uno los elementos con la mano izquierda y hacen el mismo giro que hizo el *tʰeʷ wala* para luego introducirlos en la jigma.

Una vez terminado este procedimiento, culmina esta fase, que pone de presente varios aspectos: a) aumento del sentido de percepción de las señas; b) la dinamización de las señas entre los participantes: los giros (pie derecho -coronilla - pie izquierdo) que repiten los asistentes después del *tʰeʷ wala* disponen al cuerpo humano para movilizar y restaurar a su lugar las señas que se pierden por la derecha.

La escogencia del sitio debe hacerse cerca de una fuente de agua, las personas deben colocarse al frente, de tal manera que el agua corra en la dirección derecha a izquierda (si no hay corrientes de agua, como sucede en Caloto, se hacen huecos en la tierra al lado izquierdo del terreno que ocupan las personas). El lugar es adecuado cuando el *tʰeʷ wala* en su cuerpo siente una seña que circula en la dirección derecha a izquierda. Como ya lo decía, esta direccionalidad divide al cuerpo humano en dos mitades izquierda y derecha, de manera análoga a como se dividen los tres mundos verticalmente por el trueno.

En la delimitación del Espacio Ceremonial se replica el territorio tradicional, independiente del lugar donde el ritual se realice. El *tʰeʷ wala* clava a su lado izquierdo la vara de chonta⁹⁶ símbolo del Trueno, demarcando con ello un territorio sagrado de poder: la laguna, el páramo, lo salvaje, lo espiritual -geográficamente no coincide con la ubicación real- ; en

esta sección izquierda de mucho poder se sitúa el *tʰeʷ wala*, que entre otras acciones dentro de la ceremonia, se concentra buscando mayor agudeza senso-perceptual -comunicación con la naturaleza- para guiar el proceso. Por el lado derecho del oficiante, se ubican una al lado de la otra, formando una línea, las personas que están cargadas de *pʰlaʷda* -"suciedad"- y que requieren la limpieza. La fila en su extremo derecho debe estar cerrada por un hombre; las mujeres siempre deben ubicarse en medio de los participantes, para prevenir amenazas durante el ritual.

En dicha ubicación el *tʰeʷ wala* mambea -masca coca con cal- por largo rato. Pero antes de echarse el mambe a la boca, con la mano izquierda, le hace un giro por su cuerpo: Del pie derecho, pasando por la coronilla, hasta el pie izquierdo. Hay intervalos en que sopla con fuerza hacia la izquierda. Llega un momento en que se levanta y empieza nuevamente a "voltear la jigra" paciente por paciente, de la siguiente forma:

Con su mano izquierda coge la jigra junto con la chonta -proveniente del mundo sagrado- y utilizando la mano derecha dirige la anterior, para darle la vuelta a la persona desde el pie derecho, pasando por la cabeza, hasta el pie izquierdo. Recorrido cultural que grafica la relación con los tres mundos *e:ka: yat, kiwe nyiʰ yat* o *kweʷs, kiwe*, y *kiwe ʰdyiʰu yat* y su interconexión con la sección izquierda y derecha. Si son varias personas empieza por el primero del extremo derecho. Siempre que termina un giro por individuo sopla fuerte hacia la izquierda por donde debe irse el mal.

Al culminar el procedimiento con las personas de la fila regresa a su izquierda sitio de poder, y hace varios pases p.d - c - p.i alrededor de su cuerpo, soplando cada vez que termina uno (soplo lanzado desde *kiwe nyiʰ yat*, "nuestro territorio" hacia el "mundo de arriba" *e:ka: yat*). Luego se sienta de nuevo a meditar, mambeando la coca que proporciona

⁹⁶ Chonta: Vara elaborada a partir de la madera de la palma de chonta, de gran dureza, utilizada por el *tʰeʷ wala* como instrumento de trabajo en los rituales de "limpieza". Simboliza al trueno como el máximo dador

el saber de los ancestros y de los héroes culturales ubicados en los territorios sagrados. De igual manera a los asistentes se les reparte mambe; pero antes de entregarle a cada uno su porción, el *t^hē[?] wala* siempre le hace el giro p.d - c - p.i alrededor de sus cuerpos.

Con estos procedimientos de una manera repetitiva, la seña en el cuerpo se mantiene en plena actividad, para como lo exige el tratamiento, facilitar el cambio del giro de la enfermedad, obstruir su avance y sacarlo del cuerpo -cuestión de método-. Por eso mismo, desde un principio en la limpieza se va a mantener ese contragiro.

Al leer las señas con la ayuda del trueno aliado y el saber de la cultura hay un primer reconocimiento del estado de "suciedad" o presencia del *p^hta[?]nⁿd_z*. Después de este reconocimiento que indica que tipo de limpieza debe hacerse, es posible pasar a una siguiente instancia que consiste en cazar las candelillas⁹⁷ -los enemigos o el sucio-, siendo las rojas las más peligrosas.

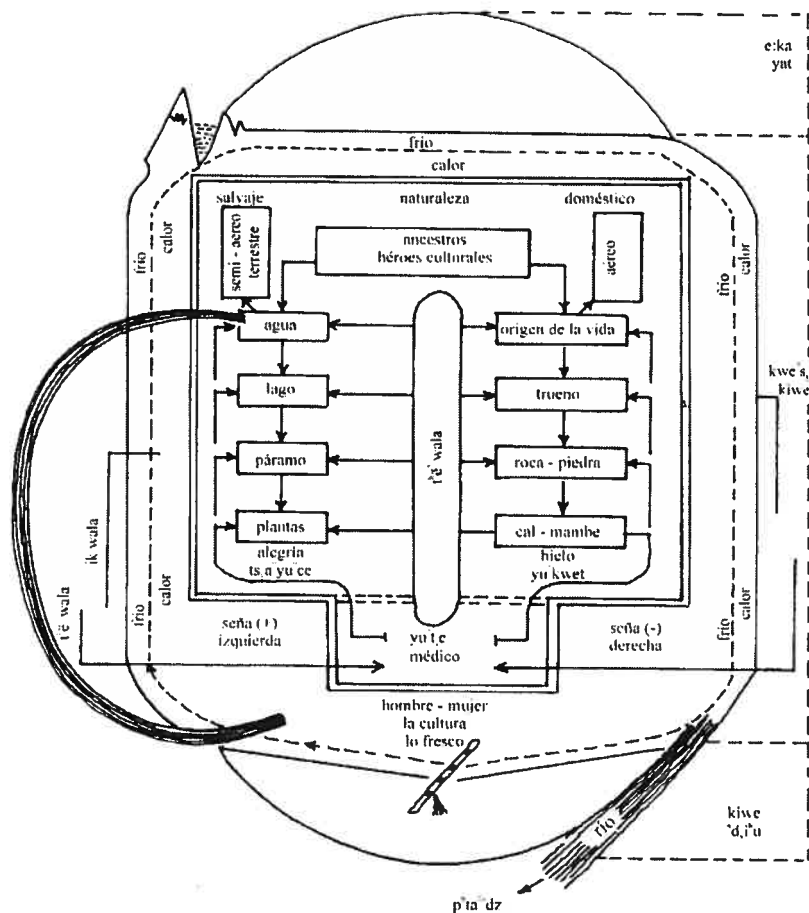
Las limpiezas antes duraban cuatro y cinco días y como mínimo dos, hoy se realizan en una sola noche. Después de cazar las suficientes candelillas se pasa a la instancia del entierro del "sucio" a la orilla del río y a la izquierda del cuerpo humano: "sucio" o *p^hta[?]nⁿd_z* que se extrae por el *t^hē[?] wala* habitante de *kiwe n^yhⁱ yat*, ayudado con el saber de los ancestros y el poder del trueno para ser depositado en el mundo de abajo.

de poder, en la cosmografía *nasa*.

⁹⁷ La candelilla, es una especie de luciérnaga que proyecta en la noche al abrir sus alas, luces de color rojo, amarillo o blanco. Cuando las luciérnagas que proyectan luz roja aparecen en el ritual que es nocturno, significan peligro y deben ser cogidas y expulsadas después de haber sido envueltas en capachos de maíz, con plantas medicinales bravas. Existe una clasificación importante sobre estos insectos, que replican la jerarquía de los miembros del cabildo, como gobierno *nasa*.

Enseguida hay un momento donde se distribuyen las plantas en dos secciones: primero se reparte coca, tabaco, yerbas medicinales⁹⁸ y aguardiente para mambear y soplar hacia el río. Luego viene el baño con plantas, que se realiza de la siguiente forma: se rocea agua al lado derecho de la persona, por la espalda, la coronilla y se termina por la izquierda.

Grafico No. 5 Esquema de rituales de limpieza y el universo *nasa*



⁹⁸ Entre las más comunes están: chantur (de páramo, pequeño y grande), alegría, maní (de páramo y de loma) pringamosa de páramo, pepa de culebra, chulco, siempreviva, verdolaga (de páramo, caliente y de botones), y yacuma, entre otras.

Al terminar el baño se realiza la segunda sección del ritual: Se distribuyen plantas para masticar y comer, y copas con aguardiente para tomar. Finalizando la limpieza se realiza el regreso hacia el lugar del primer encuentro, empezando por el individuo ubicado a la orilla derecha de la fila, encaminándose de frente y con la prohibición de voltear a mirar hacia atrás y hacia el río.

En esta experiencia ritual se socializan los mitos, normas de comportamiento étnico, formas de resistencia cultural, mecanismos de cohesión social; se recrea el saber cosmogónico mediante "una escritura cifrada que sólo resulta legible y comprensible para quien posee la clave de su profundidad" (Ospina 1990:15), cuyo poder real o "eficacia simbólica" quizá no esté tanto en lo que se manifiesta como en lo que se oculta.

Manteniendo la misma estructura, estos rituales de limpieza se realizan a las huertas - empezando por las orillas, los lados y terminando por el centro-, a las viviendas después de la muerte de uno de sus habitantes, y a los animales domésticos, porque ellos también pueden adquirir $p^h ta^n d_z$.

5.3.2. El ritual de “refrescamiento”

Es el ritual donde se rememora y se socializa la normatividad, que periódicamente deben realizar las personas para mantener el equilibrio de las señas, puede ser realizado por todos los especialistas del saber y practicas curativas *nasa* y por cualquier persona adulta, "Para que las señas estén en su lugar".

Refrescar es la metonimia del equilibrio ecológico, político y social, todo frío -planta o ser humano- tiene algo de calor, todo calor tiene algo de frío, por ello es necesario el refrescamiento para el exceso de frío o el exceso de calor; para extraer recursos de la

naturaleza hay que refrescarse, para ejercer la autoridad del cabildo hay que refrescar las varas de mando, para dirimir un conflicto comunal hay que refrescarse.

Para el refrescamiento la persona coge en su mano izquierda porciones de tallo y hojas de la planta llamada *t_{sy}a[?]yu[?]ce* ~ hierba alegría, la empuña, y con la mano cerrada hace un giro a su cuerpo desde el pie derecho, pasando por la cabeza, hasta el pie izquierdo, para luego introducirla en la boca y masticarla; cuando ya se encuentra totalmente triturada y macerada, la deposita en la palma de la mano izquierda para “bañar” su cuerpo. El baño consiste en frotar el cuerpo con el triturado de plantas, empezando por el pie derecho hacia arriba, pasando por la cabeza y bajando hasta el pie izquierdo.

5.3.3. El ritual de “ofrecimiento”.

El ofrecimiento lo hace el *t^hë[?] wala*, pero en su ausencia lo puede hacer cualquier persona, con el fin de evitar las exageradas apropiaciones de los recursos de la naturaleza que desestabilizarían las señas, y causarían el enojo de los dueños de la naturaleza

Antes se hacía con "chirrincho" preparado por las comunidades, pero hoy se hace en los dos asentamientos con aguardiente "oficial". El oficiante aprehende la "botella del licor", con la mano izquierda, sirve el aguardiente en el volumen suficiente para llenar una copa o la misma tapa de la botella puede servir; luego con la copa o la tapa en la mano derecha, hace un giro a su cuerpo desde el pie derecho, pasando por la cabeza, hasta el pie izquierdo, para luego lanzar el contenido al aire por el lado derecho y por encima de la cabeza ofreciendo al duende, dueño de los espacios que se quieren acceder. El ofrecimiento se completa repitiendo el mismo procedimiento, pero del lado contrario: se recoge la botella con la mano derecha, se hace el mismo giro por el cuerpo, pero el aguardiente se lanza por el lado izquierdo por encima de la cabeza.

CAPITULO 6

Sistemas médicos de uso alternativo

Se abordan los saberes y prácticas curativas constituidos por las medicinas académica y alternativa, y el curanderismo de otras tradiciones y formaciones culturales del sur-oeste colombiano. Saberes que se convierten en soluciones alternativas al saber de los *Nasa* para controlar las enfermedades de sus hombres y mujeres.

6.1 Coexistencia de sistemas terapéuticos diferentes al *nasa*.

No es una novedad afirmar el carácter pluriétnico de nuestra sociedad colombiana. Tampoco es novedad cuando se habla de salud y enfermedad escuchar diversidad de interpretaciones entre la conversación de personas reunidas en cualquier esquina de una de nuestras ciudades del territorio colombiano. Conversaciones que por su contenido y procedencia de los locutores permiten evidenciar que: a) hay una popularización del conocimiento bio-médico que ha permeado a buena parte de la población sin distingos de procedencia sociocultural, formación académica y niveles socioeconómicos; popularización que se logra mediante la circulación de información en el ámbito de la relación medico-paciente, de los programas de educación en salud, de los ambientes escolares y de los medios de comunicación, b) hay presencia y circulación de diferentes conocimientos y prácticas asociadas con la salud y la enfermedad pertenecientes a las diferentes tradiciones culturales de indígenas, negros y mestizos, y c) cada vez hacen más presencia los conocimientos médicos de otras tradiciones bajo el rotulo de medicinas "alternativas".

Realidad que permite afirmar por una parte, que el objetivo del proyecto moderno de la medicina "institucional"⁹⁹ de "normalizar" a partir de sus diferentes programas asistenciales

⁹⁹ "Académica", "Alópata", "Científica", "Facultativa", "Institucional", "Moderna", "Oficial", son las denominaciones que ha recibido el sistema medico occidental. Pero el concepto que la describe con mayor precisión es el de "bio-medicina", puesto que hace alusión al particular énfasis que pone esta medicina en la

y educativos no se logró y hoy en Colombia existen y circulan diversos saberes y prácticas médicas -propias y foráneas-, en unos casos haciendo parte de la cosmovisión de las personas, y en otros influenciándola independientemente de sus procedencias. Esta dinámica da cuenta de una inserción de lo rural en lo urbano, de lo urbano en lo rural, y de lo global en lo local, en una convivencia de temporalidades históricas diferentes¹⁰⁰, que contra los pronósticos no han logrado la homogenización cultural, y por el contrario, como lo diría Hannerz (1990:237) demuestran una marcada organización de la diversidad y no una replica de la uniformidad.

También dan cuenta de estas realidades en el mundo muchas etnografías. Benoist (1993: 11) plantea cómo la cabecera del enfermo es el lugar de reunión de personajes: médicos, familia, padres, amigos, muchas ayudas, tisanas, rezos y exorcismos, como la escena donde la sociedad hace fluir los actores que simbolizan todas sus fuerzas, desde los poderes oficiales de la ciencia hasta los ecos turbios de las tradiciones mágicas, pasando por las relaciones de afecto, de interés o de alianza que recorren los vuelos de la parentela. Situación que dice mejor que cualquier otro discurso de la realidad de una sociedad, allí se ponen al desnudo los hechos a menudo enmascarados, surgen creencias latentes, las elecciones en otra parte inexpresadas, que auscultan no al enfermo pero sí al grupo de relaciones que se establecen en torno él. Es la sociedad toda entera que se ausculta, como el médico que al examinar una estrecha zona del tórax, se propone oír el golpe de la vida más allá del ritmo del corazón -traducción y síntesis mía-. También es frecuente escuchar aquella afirmación que dice que la enfermedad es la expresión simbólica de la compleja sociedad.

observación de la salud humana, centrando el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad en los aspectos fisiológicos y pato-fisiológicos del cuerpo humano (Baer, et Al, 1994)

¹⁰⁰ Suárez (2001:18) cita a Calderón (1995) donde expresa cómo en nuestro mundo latinoamericano coexisten temporalidades mezcladas de premodernidad, modernidad y postmodernidad, donde Suárez vuelve a remarcar la importancia de "construir diálogos de saberes entre las diferentes disciplinas que trabajan sobre el campo de la salud para ofrecer nuevas o renovadas perspectivas de análisis e interpretación de la salud."

Los *Nasa* ante la presencia de la enfermedad o la posibilidad de enfermarse buscan entre las diferentes alternativas que brinda la diversidad : además del “saber de todos” y “el saber de sus especialistas”, involucran la biomedicina y las medicinas no académicas que comprenden los saberes y prácticas curativas de otras tradiciones culturales de la región, y las llamadas “alternativas”.

Un lugar en el itinerario para encontrar su salud, -después de un primer recorrido por el saber *nasa* donde el conocimiento de sus especialistas “no alcanzó” para curar, o las enfermedades eran desconocidas o “afueranas”, - es el de la biomedicina, qué en el contexto del estudio se corresponde con el espacio médico hegemónico¹⁰¹ que subordina otros saberes y prácticas médicas y desconoce otros, avalado y mantenido por una forma de pensar la sociedad, el hombre y su relación con la naturaleza. Como sistema médico es una síntesis de las relaciones del hombre con su entorno, consigo mismo, y por lo tanto su historia y desarrollo son inseparables de la sociedad en la que se encuentra, con sus condiciones políticas, económicas y culturales que lo permiten y requieren.

Otras opciones para los *Nasa* las constituyen los saberes médicos no hegemónicos de la zona urbana del Municipio de Santander de Quilichao, y entre los más requeridos se encuentran el curanderismo de otras tradiciones y formaciones culturales del sur-oeste colombiano, la homeopatía, la acupuntura y la terapia neural practicados por profesionales de la salud, además de las prácticas esotéricas.

¹⁰¹ Según Menéndez (2005:10) “En casi toda la sociedad, la enfermedad y los padecimientos son tratados por toda una variedad de formas de atención, aunque desde la perspectiva biomédica el tratamiento de la enfermedad ha sido considerado como patrimonio exclusivo del saber médico. Dicho rol fue organizado e impulsado a través de instituciones médicas específicas, pero fue fundamentado no sólo por criterios profesionales sino por instancias jurídicas aplicadas por el Estado. Este proceso no implica que la biomedicina realmente atienda y se apropie de todo el proceso de salud / enfermedad, y menos aun que elimine las otras formas de atención, sino que indica que el saber y las instituciones médicas instituyen su hegemonía respecto de los otros saberes que operan simultáneamente respecto de los padecimientos”.

En cada uno de estos espacios de saber donde se da una relación terapeuta-enfermo, y en cierta medida también en la medicina académica, se presenta una tensión y resistencia al modelo de pensamiento médico hegemónico; es decir, entre el mantenimiento y reproducción del modelo hegemónico, y la posibilidad de plantearse y desarrollar formas diferentes de pensar la salud y la enfermedad.

Sistemas médicos

La noción de sistema médico ha sido uno de los conceptos de base del desarrollo de la antropología médica anglo-sajona después de los años 60s, y este concepto se ha utilizado con contenidos y extensiones diversas, una de las primeras definiciones de sistema más aceptada por todas las disciplinas científicas (Lichnerowicz, Perroux, Gadoffre: 1976) es la que dice “ensemble d’éléments qui interagissent entre eux et éventuellement avec le milieu extérieur”. Pero según Meyer (1987) la más precisa y orientada hacia las ciencias del hombre y la sociedad es la definición de Petit Robert (1976), “ensemble de pratiques, de méthodes et d’institutions formant à la fois une construction théorique et un méthode pratique”, definición que según él, tiene el mérito de atraer nuestra mirada a los componentes: construcción teórica y método práctico.

Para Meyer (1987) un sistema médico es un conjunto de representaciones y prácticas ligadas a la salud y la enfermedad (naturaleza, origen, identificación, prevención, tratamiento) en interrelación; este sistema es formado por las representaciones y prácticas concernientes a la salud y a la enfermedad tales como son definidas por un grupo o la sociedad en cuestión, independiente que el concepto específico de medicina esté en uso o no y cualquiera que sean los fenómenos implicados o sobrenaturales.

Press (1980) considera que un sistema médico comprende tanto la expresión cultural de los fenómenos relacionados con la salud y la enfermedad (lo que recubre en general el término “medicina”), como sus manifestaciones sociales: estructura, organización e instituciones.

Por sistema médico se comprende el conjunto organizado de recursos humanos, tecnologías y servicios específicamente destinados al desarrollo y práctica de una medicina para la atención de la salud individual o colectiva, es decir al conjunto de prácticas y de discursos que tienen la intención de responder los retos de la enfermedad, sustentado por una forma de pensar específica que da un significado propio a los conceptos de salud y de enfermedad. Todo sistema médico tiene los siguientes elementos: las tecnologías (materia médica: drogas, hierbas, agujas o procedimientos), los practicantes, y el sustrato ideológico (conceptos, nociones e ideas) que integra los anteriores y forma parte indisoluble del repertorio cultural de la sociedad. (Pedersen, 1991)

Se considera por sistema médico académico o facultativo, el definido, aceptado y validado oficialmente por las instituciones académicas y estatales de salud que en el presente trabajo se corresponde con la llamada medicina académica y biomedicina, y se enmarca en el Modelo Médico Hegemónico¹⁰².

El sistema médico no facultativo es el constituido por las medicinas no avaladas y no incluidas por las instituciones académicas y estatales de salud. Subdividido en sistema médico no facultativo ejercido por médicos profesionales, que en este caso se corresponde con las "medicinas alternativas", y el sistema médico popular o tradicional que incluye los

¹⁰² Menéndez también define el Modelo Médico Hegemónico como el fruto de un proceso coyuntural por el cual la medicina técnica hipocrático-galénica, de carácter empírico-naturalista, incorporó los paradigmas biológicos a la ciencia experimental y a fines del siglo XIX abandonó el discurso político-social sobre la salud y la enfermedad; también afirma que su hegemonía reforzó el proceso de medicalización entendiéndola como la penetración de la mirada o perspectiva médica en los saberes ilustrados y populares. (Comelles, Et Al.1993).

saberes y prácticas curativas de comunidades de indígenas¹⁰³ y negros, el curanderismo rural y urbano, y las prácticas esotéricas y religiosas de curación.

Hay autores como Menéndez (1990:89) y Haro (2000 :103) que proponen la existencia de un sistema médico de auto-atención basado en el diagnóstico y atención llevado a cabo por la propia persona o personas inmediatas pertenecientes al grupo familiar, o a los diferentes grupos comunitarios, que para el caso de los *nasa* he denominado el "saber de todos" (5.1.1) y que tendrán su lugar cuando se aborden las experiencias de los itinerarios terapéuticos.

Los sistemas médicos son estructuras pluralistas en las que coexisten distintas prácticas y tradiciones médicas, son entidades en una relación dinámica de permanente intercambio e interacción recíproca, como bien lo sustenta Diasio (1999), los saberes y las ciencias en su inventario tienen una riqueza hecha de diferencias, la ciencia impura pone en escena la relación entre saberes y sociedades, aplicación e implicación, purismo y mestizaje, universalismo científico y repliegue identitario.

Específicamente en Latinoamérica se presenta un proceso de compleja hibridación de saberes médicos (Pedersen, 1991). Esto explica, en parte, que la relación entre las tecnologías y los sustratos ideológicos de los sistemas médicos no sea directa, ya que una tecnología no determina una concepción específica de salud y enfermedad, ni al revés. (Haro Encinas, 2000)

¹⁰³ En 4.1.9. Experiencia organizadora colectiva, se enunciaba que entre los *nasa* más que un sistema médico tradicional, se encuentra un saber y práctica curativa diluida en la etnicidad, cuya naturaleza explicativa, como lo plantea Meyer (1987) participa más de valores generales, culturales, religiosos y sociales dentro de los cuales ellos son desarrollados.

6.1.1. Sistema médico Académico.

El sistema médico académico o biomédico hace parte del Modelo Médico Hegemónico en el cual se ha desarrollado y lo constituyen un conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas durante el desarrollo de lo que hoy se conoce como medicina científica, y que desde finales del siglo XVIII fue ubicando en el ámbito de lo subalterno al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado (Menéndez, 1990)

Detrás de dicha hegemonía existe toda una organización social, ideológica, económica y política que la fortalece mediante la exclusión de posibilidades de ver y actuar diferentes, y mediante la aceptación y construcción de ideas que avalan y justifican el mismo modelo médico.

En este propósito, el ente rector de la salud en el departamento del Cauca en concordancia con el Sistema Nacional de Salud de Colombia traza las funciones técnicas y sociales que deben cumplir las instituciones médicas y a través de las cuales se establece la hegemonía de las mismas.

Creo pertinente presentar una pequeña síntesis del ordenamiento del sector salud en el Cauca para aproximar un panorama institucional y contextualizar la dinámica de lo que ocurre hoy en relación con los *Nasa* de la sub-región Norte y Tierradentro.

Importantes circunstancias han marcado la historia de este sector en el Cauca. Una entre los últimos años del siglo XIX y la primera mitad del siglo XX caracterizada por un accionar

reducido a la inspección, la vigilancia, la coacción y la educación sobre la higiene y el ambiente como factores relacionados con la enfermedad; y otra que va hasta finales de la década de los años cincuenta continuando la tendencia higienista precedente, con un nuevo énfasis en la organización de los servicios con criterios técnicos y salubristas en el contexto de la OMS, la OPS y el Plan Marshal de los Estados Unidos que sentó las bases para el Sistema Nacional de Salud.

La incidencia del cambio de unicausalidad a multicausalidad en la conceptualización del proceso de salud-enfermedad en la década de 1960 avivó una relación más estrecha con el desarrollo y lo social al considerar ese proceso como consecuencia de las condiciones de vida de la población. Paralelo a esta reconceptualización se introdujo una orientación económica de la salud, considerándola como una inversión, donde afloraron los conceptos de planeación, ampliación de coberturas y administración de la asistencia médica a costos mínimos.

El Estado asumió la responsabilidad de la prestación y financiación de los servicios de salud bajo un modelo centralista y tecnocrático, logrando un gran desarrollo institucional y estructurando el Sistema Nacional de Salud, que posteriormente se avaló en la reforma constitucional de 1968. La consolidación de este sistema se logró con la implementación de los Servicios Seccionales de Salud que se comportaron como dependencias administrativas de los Departamentos y como dependencias técnicas del Ministerio de Salud. La coherencia del sistema se garantizó mediante la relación contractual entre el Estado y los Departamentos y con el funcionamiento de varios subsistemas técnicos nacionales: inversión, información, planeación, suministros y personal. A ella contribuyó la agrupación de las instituciones en tres subsectores: oficial, mixto y de seguridad social y privado.

Entre 1958 y 1974 la salud pública se afianzó, integrándose a la dinámica del desarrollo, y se otorgó importancia a los conceptos de higiene, salud pública, saneamiento ambiental y

medicina preventiva -Ministerio de Salud 1975-. Mediante un contrato de integración suscrito con el Ministerio de Salud en 1975 la Dirección de Higiene del Cauca pasó a ser Servicio Seccional de Salud, adquiriendo la personería jurídica en 1984. Con la expedición de la Ley 10 de 1990 se encaminaron los esfuerzos para superar el modelo asistencialista y curativo intra-mural por uno que abordara el proceso salud-enfermedad de una manera integral en sus componentes de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Así se inició un nuevo ordenamiento administrativo con el objeto de alcanzar niveles de eficiencia fiscal y administrativa mediante la ampliación de coberturas y el mejoramiento de la calidad y oportunidad del servicio en el subsector oficial en armonía con los otros subsectores y sectores.

Conservando su naturaleza como establecimiento público descentralizado y en consecuencia con la nueva ley el 28 de febrero de 1992 se promovió la reestructuración del Servicio Seccional de Salud, y se le adicionaron los hospitales y centros de salud del Departamento. A partir de los organismos de mayor complejidad que se constituían en sede de Unidad Regional y ubicados en los municipios de Guapi -Occidente-, **Belalcázar - Oriente-**, El Bordo -Sur-, **Santander de Quilichao -Norte-** y Popayán -Centro-, se configuró la red de instituciones, de las cuales pasaron a depender, en términos técnicos y administrativos, los organismos de menor complejidad¹⁰⁴.

Los organismos de salud de los otros municipios han tenido desarrollos desiguales, tanto en infraestructura y dotación como en recursos humanos, de acuerdo con las posibilidades municipales y la designación de recursos desde el nivel nacional y departamental. Los

¹⁰⁴ El tercer nivel de máxima complejidad, representado por el Hospital San José de Popayán, de carácter municipal y receptor de enfermos del Cauca y departamentos vecinos; y el segundo nivel, conformado por dos hospitales: el antiguo Hospital de Vías Respiratorias Susana López de Valencia, especializado en el tratamiento de personas con tuberculosis, posteriormente convertido en Hospital general con la función de administrar la Unidad Regional Centro; y el Hospital Francisco de Paula Santander de Santander de Quilichao, responsable de la administración de la Unidad Regional Norte -subregión de estudio-.

hospitales de Caloto, Corinto, Miranda, Puerto tejada, El Bordo, Mercaderes, Bolívar, El Tambo, Inzá, Belalcazar y Guapi, se desarrollaron como hospitales de Primer Nivel¹⁰⁵.

La Constitución de 1991 cambió este modelo centralista y benefactor por un modelo descentralizado con la intención de hacer participe a la comunidad en los procesos de planeación y co-administración de los servicios de salud. Las entidades territoriales, departamentales, distritales y municipales dirigirían y prestarían los servicios por niveles de complejidad: el primer nivel estaría a cargo de los municipios y distritos, mientras el segundo y tercer niveles estarían a cargo de los departamentos, desempeñando la nación el rol de ente rector, normativo, planificador, asesor y cofinanciador. Los subsectores de seguridad social, previsión social y servicios privados se integrarían al sistema mediante planeación, complementariedad e integración funcional.

Por razones políticas, dificultades de financiación e incompetencia de las instituciones en operacionalizar los postulados de la nueva constitución y la ley 60 de 1993, que distribuyó las competencias y los recursos entre los diferentes niveles de la organización territorial, fueron escasos los logros en el desarrollo y definición de los Sistemas Departamentales y Municipales de Salud. Esta situación motivó la expedición de la Ley 100 de 1993 en la búsqueda de un servicio único de salud.

Complementando la organización descentralizada que se venía realizando en cumplimiento de las leyes 10 de 1990 y 60 de 1993 se pretendió garantizar el cumplimiento de las metas de ampliación de cobertura de los servicios a la totalidad de la población -universalidad-. Así se optó por una forma más racional de financiación de los servicios bajo el esquema de

¹⁰⁵ Los municipios de Toribío, Buenos Aires, Piendamó, Cajibío, Silvia, Timbío y La Vega lograron contar con Centros- hospitales, organismos intermedios entre Hospital Local y Centro de Salud. Finalmente, los municipios de Suárez, Padilla, Caldon, Jambaló, Morales, Totoró, Puracé, Sotará, Rosas, La Sierra, Almaguer, Argelia, San Sebastián, Balboa, Florencia, Santa Rosa, López de Micay y Timbiquí contaron sólo con Centros de Salud.

la Seguridad Social y la asignación de subsidios a la demanda para la población de escasos recursos, acorde con lo establecido en la Constitución de 1991. La reforma contempló, además del mejoramiento en la calidad de la prestación de los servicios, la transformación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -I.P.S- en Empresas Sociales del Estado -E.S.E-, además de la presencia del sector privado en el área de la salud para cubrir aspectos como riesgos profesionales y pensiones.

Mediante el decreto 2491 del 1994 se responsabilizó a la Dirección Departamental de Salud del Cauca para promover el Régimen Subsidiado en Salud diseñado para brindar atención en salud a las personas pertenecientes a los estratos uno, dos y a los miembros de las comunidades indígenas, socioeconómicamente más bajos.

Inicialmente cada alcalde en su municipio debía hacer un censo de población con una encuesta diseñada con las variables para establecer su estratificación socioeconómica, en lo que se constituyó el SISBEN -Sistema de Selección de Beneficiarios-; del censo, los alcaldes cada año y según los recursos girados al municipio por el gobierno nacional de una manera gradual y según cupos, debía ir afiliando a la población más necesitada, a través de las varias Administradoras del Régimen Subsidiado -A.R.S- prestas para tal fin, y ellas a su vez contratarían los servicios de salud para sus afiliados de acuerdo con el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado -P.O.S.s-, con las instituciones públicas y privadas de la red prestadora de servicios.

Los servicios fueron contratados, inicialmente, con la Red Pública de Servicios. A partir del año 1996 el Régimen subsidiado se promueve y se asume directamente por las Administradoras del Régimen Subsidiado -A.R.S- que fomentan e impulsan la afiliación de la población potencialmente beneficiaria, la inscriben, la afilian, le suministran el carné de salud, y difunden entre los beneficiarios las características del P.O.S.s, el programa de promoción y la red de los prestadores de servicios.

La red de los prestadores de servicios para los *Nasa* coincidió con la red pública de la siguiente manera: los de Tóez Tierradentro quedaron con un puesto de salud en su asentamiento y bajo la jurisdicción del Hospital de Belalcázar hospital de primer nivel situado a 22 Kms de distancia por una carretera sin pavimento y con un único medio de transporte fijo en la mañana y otro en la tarde, que corresponde al bus escalera que hace la ruta Belalcázar - Silvia - Belalcázar, y con presencia de vehículos de las instituciones que eventualmente transitan por la zona; además, el hospital Universitario San José de nivel tres en Popayán a 6 horas de viaje por carretera sin pavimentar. Esta era la red hasta el 6 de junio de 1994 momento en que se produce el terremoto que causa la escisión del territorio, ahora en Tóez Tierradentro se mantiene la red, pero no se tiene puesto de salud ni la promotora de salud.

Los *Nasa* en Tóez Caloto llegaron a una red que los ubica bajo la jurisdicción del hospital primer nivel de Caloto a 5 minutos por una carretera pavimentada y con transporte todo el día, a 15 minutos del Hospital Regional de Santander de Quilichao con las mismas condiciones de transporte, a una hora y media del hospital Universitario de nivel tres en Popayán, y a 45 minutos del Hospital Universitario del Valle de nivel tres en la ciudad de Cali.

Los indígenas fueron gradualmente incluidos como beneficiarios del régimen subsidiado, pero ante el privilegio de los alcaldes por otros sectores de población, la organización indígena luchó para que los recursos que llegaban a los municipios tuvieran destinación específica para indígenas y que la selección de estos los hiciera el gobierno de cabildo¹⁰⁶; propósito que se alcanzó pero las ARS poco hicieron para adecuar los programas de salud a los requerimientos de las comunidades indígenas.

¹⁰⁶ A través de la circular 007 de 1997 se obliga a las IPS a asumir los servicios que no están en el POSs, y se ratifica el listado censal elaborado por los cabildos como el único válido para la afiliación a salud.

Los indígenas que no quedaban afiliados se seguían atendiendo por las instituciones de salud de acuerdo a las anteriores reivindicaciones como la Resolución 10013 de 1981, el decreto 1811 del año 1990 que garantizaban la prestación del servicio de salud para las comunidades indígenas de manera gratuita.

El régimen subsidiado fue cayendo en una crisis conceptual, administrativa y operativa; muchos recursos se quedaron en una intermediación administrativa que, en un primer momento fue vista como la gran posibilidad para financiar y fortalecer iniciativas locales en el fomento de la promoción y prevención y en el desarrollo del nivel primario de atención. No se arriesga al afirmar que éste ha sido el momento histórico del Sector Salud en Colombia donde el proceso de salud y enfermedad ha sido tratado más claramente como "mercancía".

Entre las diferentes A.R.S. habilitadas para administrar el régimen subsidiado, no hubo una sana competencia para obtener el derecho a administrar y contratar los servicios. Se ofrecieron servicios complementarios a los propuestos por la ley, no de adecuación a las características socioculturales de la población, sino como gancho publicitario, para ganar simpatías entre los potenciales afiliados que presionarían la escogencia de tal o cual A.R.S. ante los gobiernos municipales¹⁰⁷. Los criterios técnicos del SISBEN -con sus fallas- no fueron tenidos en cuenta para la población no indígena, prestándose a clientelismo y pago de "favores politiqueros".

No se establecieron las estrategias apropiadas para llegar a la gente con los servicios de salud contenidos en el Plan Obligatorio de Salud subsidiada -P.O.S.s-. Y cuando se llegó, se hizo a través de equipos extra-murales que desarrollaron actividades a la manera de

¹⁰⁷ Estas dinámicas y las que se expresan en los párrafos siguientes llevó a que las comunidades *nasa* diseñaran su propia Administradora del Régimen Subsidiado Indígena ARS-I, como se verá en 6.1.2

“brigadas de salud”, esporádicas, de 2 o 3 horas de duración, con inadecuados registros de información que impidieron el seguimiento a las personas “atendidas”. Los medicamentos se entregaron a los pacientes en función de la disponibilidad por parte de las empresas prestadoras de servicios y no según el requerimiento de los tratamientos. El concepto de solidaridad se diluyó en favor de un criterio de bajo costo en la prestación de los servicios, en detrimento de las garantías del afiliado. La administración y la gestión institucional se hicieron con bajos niveles de eficiencia, eficacia y escaso sentido de la equidad.

El POSs¹⁰⁸ como producto del análisis de la prevalencia de enfermedades en Colombia, no tuvo en cuenta las particularidades regionales y culturales, siendo para la mayoría de las poblaciones del Cauca inadecuado; se siguió con la inercia de una corriente epidemiológica que piensa que el soporte de la política y sus programas es el perfil epidemiológico resultante de un promedio estadístico como único recurso de valoración de los procesos sociales, que tiende a homogeneizar las diversas manifestaciones de la enfermedad en la diversidad cultural; es decir, mantiene todavía como estrategia importante para hacer propuestas de programas de salud “adecuados”, la medición “objetiva” de los problemas y necesidades de la población.

Se abordaron los problemas de salud individuales y colectivos sólo a través de servicios médicos asistenciales, en la perspectiva biológica, sin tener en cuenta el contexto sociocultural del proceso salud-enfermedad, generando en la población una dependencia que la ha conducido a consultar por todo. Ante las ausencias prolongadas de los servicios,

¹⁰⁸ El P.O.S. (Plan obligatorio de salud), uno de los instrumentos de Seguridad Social promulgado por la ley 100 de 1993, que reglamenta las normas y procedimientos para proporcionar servicios de salud a las personas. Este se construyó sobre la posible gama de enfermedades que puede sufrir una persona, y podría decirse que la gente sólo se puede enfermar según lo allí registrado para poder recibir los servicios de salud; por eso es común escuchar “mi enfermedad no estaba dentro del P.O.S.”, lo que lleva a algunas personas a interponer demandas jurídicas -tutelas- para demandar atención en salud. Las tutelas no se interponen solo por que las enfermedades no estén dentro del POS, puede ser que estas sean catastróficas o de alto costo, o por que se niega la atención, o los medicamentos.

se fomentó la automedicación -grave problema de salud pública- que se fortaleció con los medios de comunicación y las redes de comercialización de medicamentos sin licencia en las tiendas de la ciudad y en las veredas más alejadas del centro. Se continuó la tendencia del Sistema Institucional de Salud de “medicalizar la salud”.

La población diferente a los estratos uno, dos, e indígenas -a no ser que estén empleados- accede a los servicios de salud a través del régimen contributivo, donde las personas y sus familias se afilian mediante el pago de una cotización individual o un aporte económico financiado por el afiliado o en acuerdo entre éste y el empleador.

La ley autorizó expresamente a las Empresas Prestadores de Servicios -E.P.S.- para que asumieran la responsabilidad de la afiliación de las personas, la movilización de los recursos financieros del sistema y el manejo de los riesgos de salud de los colombianos. Hay evasión por parte de los trabajadores independientes y las pequeñas empresas ante sus exiguos ingresos; y se afirma por parte del sistema de salud que esta evasión afecta su financiación y la afiliación de muchas personas al Régimen Subsidiado.

No obstante los esfuerzos del organismo de salud por cambiar en la perspectiva del nuevo ordenamiento jurídico y conceptual para ejecutar las políticas delineadas en el ámbito nacional no han sido posibles una interpretación y adecuación a la luz de una política de salud para el Cauca. Todas estas circunstancias han incidido para que se mantenga la concentración de los servicios en los sectores menos vulnerables de la población y para que exista un desequilibrio entre los niveles primario, secundario y terciario.

Hoy no sorprende constatar cómo se vuelve a caminar por los mismos senderos del fracaso de muchos programas de salud estatales y no estatales; y es obligada la población a adaptarse a los programas de salud, cuando son estos los que deben ampliarse para dar cabida a las diferentes expresiones sanitarias de la diversidad cultural.

El nivel primario ha tenido un desarrollo muy leve por la descoordinación de acciones de los diferentes organismos que brindan o tratan de brindar servicios de salud, generándose un gasto inadecuado de recursos y esfuerzos. Además, el desarrollo de los proyectos y actividades educativas -afortunadamente muy variados- están, básicamente, orientadas a las tareas verticales de información y tienen poca cobertura y usan metodologías y tecnologías inapropiadas a las características socioculturales de la población. Además el personal de salud-tanto profesional como técnico y auxiliar- posee una escasa formación en educación en salud.

A pesar de que los programas delineados por el Ministerio de la protección y seguridad social pueden ser adaptados a las especificidades regionales esto no se hace y en su ejecución no se alcanzan ni siquiera sus impactos previstos. De hecho, en ocasiones generan nuevos conflictos en algunos de los grupos beneficiarios. Aunque se amplió la red prestadora de servicios de salud a través de la adopción del Sistema de Seguridad Social el acceso a sus servicios y programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad sigue siendo limitado y deficiente. En general, los servicios y programas son epidemiológicamente y culturalmente inapropiados.

Entre las barreras que evitan un encuentro para el cuidado de la salud incluyen factores estructurales de orden cultural y económico: se carece de sensibilidad cultural y de sistemas apropiados para el cuidado de la salud, hay inaceptabilidad de las prácticas tradicionales de curación y viceversa, barreras del lenguaje, ambiente impersonal y de desconfianza en los hospitales y clínicas, problemas de actitud frente a personas de otras procedencias socioculturales; distancia y localización de los servicios de salud, aislamiento de las comunidades, falta de cobertura en seguridad social o falta de capacidad económica para pagar estos servicios.

La interacción de la biomedicina con los otros saberes y prácticas curativas se ha caracterizado por preconcepciones etnocéntricas y un bajo desarrollo en términos de sensibilidad cultural, y es tal la inflexibilidad normativa, que directivas y agentes -hay excepciones- del sector salud, invocan la norma como mecanismo que impide el acercamiento, colaboración, complementariedad o delimitación entre saberes médicos. Invocación normativa que privilegia la concepción hegemónica, impidiendo o malogrando a veces, procesos importantes de reconocimiento y aprovechamientos mutuos que reclaman los usuarios de las diversas alternativas médicas. La interpretación de la norma está impidiendo el derecho “fundamental” a que el individuo, el grupo étnico, escoja el tipo de medicina para la recuperación de su salud.

La diversidad cultural colombiana, no obstante su reconocimiento por la Constitución Política de Colombia del año 1991, no ha logrado ser incorporada conceptualmente de una manera plena en la legislación que sustenta la política sectorial de salud y menos en la práctica¹⁰⁹. Es decir, todavía no se logran incorporar los aportes de la diversidad de saberes sobre la salud y la enfermedad de los grupos socioculturales y no se alcanzan a aprehender sus realidades sanitarias en una visión integral.

Siguen vigentes los rasgos estructurales del Modelo Médico Hegemónico resaltados por Menéndez (1990): a) reducción biologicista, b) concepción teórica evolucionista -positivista, c) ahistoricidad y asocialidad, o desconocimiento del contexto histórico y social

¹⁰⁹ Realidad que se refleja además, en otros aspectos como la capacitación del personal de salud en un sólo sentido, en vez de ser un enfoque de mutuo aprendizaje. El enfoque de la investigación farmacéutica -a partir de las plantas medicinales para el desarrollo de productos potencialmente rentables- no está interesado en el mejoramiento de las condiciones de salud de los pueblos; es un caso evidente de la indiferencia que muestra la sociedad dominante hacia los patrimonios culturales. Los estudios en este campo valoran la importancia de lo cultural, sólo en aquellos casos donde los recursos vegetales puedan ser transferidos a las industrias farmacéuticas. El *modus operandi* de estas industrias ha generado conflictos con las comunidades cuando niegan los derechos económicos derivados de los conocimientos ancestrales, y no se interesan por el bienestar de las poblaciones y el ecosistema. Situación que ha motivado a los indígenas y a la sociedad consecuente con el patrimonio nacional a una lucha contra los términos de negociación del Tratado de Libre Comercio -TLC- con los Estados Unidos y favorables a ellos.

de los individuos, d) orientación básicamente curativa, y práctica curativa basada en la eliminación del síntoma e) concepción de la enfermedad como ruptura, desviación y diferencia, f) relación médico-paciente asimétrica, basada en la subordinación social y técnica del paciente, por lo tanto concepción del paciente como ignorante y como portador de un saber equivocado, g) no-legitimación científica de otras prácticas e identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de otros modelos, h) profesionalización formalizada, i) tendencia a la medicalización, y j) tendencia inductora al consumismo médico y la salud - enfermedad entendida como mercancía.

En los últimos dieciocho meses los servicios del sistema medico académico han sido demandados por los *Nasa* de Tóez Caloto, motivados por eventos que se clasifican como "Factores que afectan el estado sanitario" y que tienen que ver con las actividades de control de crecimiento y desarrollo a los niños menores y el control a la mujer embarazada; y los síntomas que motivan la consulta médica estan relacionados con las enfermedades infecciosas parasitarias -24.04%-, seguida de las enfermedades del aparato respiratorio - 12.31%-, y enfermedades del sistema genitourinario -8.90%-. (ver tabla No. 21)

En los últimos doce meses el primer motivo de consulta para los *Nasa* de Tierradentro siguen siendo las enfermedades respiratorias - 25% -, síntomas y observaciones clínicas o de laboratorio anormales no clasificadas en otra parte - 20% -, enfermedades infecciosas y parasitarias -17% -, y enfermedades de la piel -14%- y luego los eventos que se clasifican como Factores que afectan el estado sanitario -9%-. (ver tabla No.22)

En las diferentes reuniones de trabajo con la comunidad, sus miembros informaron que la presencia de enfermedades en los niños de acuerdo a la visión afuerana en su orden de importancia eran : 1) gripas, 2) diarreas, 3) brotes en la piel, y 4) susto.

"Los problemas de salud atacan a la población de Tóez sin discriminar edades, siendo la población infantil la más afectada. Entre los principales problemas se encuentra la desnutrición y asociados a éste se hallan las enfermedades de prevalencia en la población infantil, como las infecciones respiratorias, diarreas, parasitismo intestinal; que aunque atacan en su mayoría a los niños, los adultos presentan casos significativos en la morbilidad dentro de las primeras causas; también se encuentran las infecciones de piel (impétigo, escabiosis), enfermedades del aparato genitourinario (enfermedades de transmisión sexual, infecciones urinarias). Aunque no entran en las primeras causas de morbilidad, se vislumbran problemas de salud mental anunciados por casos de intoxicación y envenenamiento en la población adolescente y joven" (comunicación del personal de salud del programa ASCIN, 2005).

Se mantienen las dos primeras enfermedades típicas en la zona de Tierradentro. Según los registros hospitalarios del Municipio de Páez, en su mayoría poblado por comunidades *nasa*, las enfermedades en orden de frecuencia son: infección respiratoria aguda (IRA), enfermedad diarreica aguda (EDA), infecciones en la piel, y otras helmintiasis.

En Tóez Caloto existe una creciente demanda de servicios de salud para controles de salud en los niños y en las mujeres embarazadas, comportamiento que se sitúa en el quinto lugar de prioridad para los *nasa* de Tierradentro. En este último asentamiento el motivo de consulta clasificado como Síntomas y observaciones clínicas o de laboratorio anormales no clasificadas en otra parte, ocupa un segundo lugar en contraste con Tóez Caloto donde ocupa el décimo lugar; estos comportamientos merecen más adelante el análisis a la luz de aquellos síntomas asociados a las clasificaciones "propias" de las enfermedades, problemas de comunicación, o de subregistro de información.

6.1.2. Programa médico mixto: Medicina académica, medicinas alternativas.

La hegemonía del modelo médico académico se matiza y complejiza en la sociedad gracias a la presencia de otros saberes que promueven la posibilidad de plantearse formas diferentes de entender y vivir la salud y la enfermedad, espacios como las llamadas medicinas alternativas¹¹⁰ que evidencian una tensión constante y dinámica entre su posibilidad de resistirse al modelo hegemónico y la inercia de mantener los mismos principios y supuestos a favor de intereses semejantes.

El programa médico mixto se hace realidad a través del programa de salud que coordina la Administradora del Régimen Subsidiado Indígena A.R.S.-I, que agrupa a la biomedicina, el saber y práctica médica *nasa* -con el programa del CRIC- y las medicinas alternativas -terapia neural, homeopatía y medicina biológica-.

En el año 1985, el CRIC empezó el desarrollo del programa de salud de la organización para llevarlo a cabo en las comunidades *nasa* de Tierradentro con énfasis en el fortalecimiento de la medicina tradicional indígena; se contó entonces con la asesoría de médicos formados en las Facultades de Medicina en Colombia con mayor sensibilidad hacia la problemática social y simpatizantes de las luchas indígenas.

¹¹⁰ Los criterios para la definición de las "medicinas alternativas" como un tipo específico del sistema médico no facultativo son arbitrarios y cumplen la función de permitir pensar algunas inquietudes respecto a las prácticas y discursos "alternativos" en salud. A ellas pertenecen una conjunto de medicinas que presentan variaciones tanto en su práctica como en su discurso. Aunque posiblemente se encuentran algunos lineamientos generales comunes, no existe un consenso entre ellas que determine una forma de actuar y de pensar homogénea. Se trata de un espacio identificado esencialmente por lo que no es, más que por lo que es, las tecnologías principalmente utilizadas en este sistema no son la cirugía ni los medicamentos alopáticos, y sus discursos no son los establecidos y legitimados por la academia médica, lo que no quiere decir que necesariamente sean opuestos a ellos. Además, son medicinas que, por lo menos como técnicas, son reconocidas legalmente en Colombia y en otros países.

La primera impresión diagnóstica que sustentó los primeros programas se fundamentaron en una lectura epidemiológica de la problemática de salud-enfermedad desde la visión que les daba su formación como médicos, muy valiosa y necesaria para implementar acciones en el marco de los programas nutricionales y de saneamiento del medio ambiente, pero sin lograr un acercamiento a las percepciones sobre la salud y enfermedad, y al saber y las prácticas curativas *nasa*, situación que generó desconcierto frente al proyecto inicial y cuestionamientos de orden conceptual, no obstante la más amable relación de los profesionales con otras formas de conocer y actuar; lo que indicaba que las aproximaciones ideológicas no eran suficientes y debían acompañarse de procesos de conocimiento.

En aquellas zonas donde no había presencia institucional de salud, se replicó el sistema de puestos de salud del sistema médico institucional, pero atendido por promotores de salud indígenas con presencia permanente en las comunidades, y coordinados por un médico, una enfermera profesional y una nutricionista contratados por el CRIC, y que llegaban a las zonas de acuerdo con programaciones elaboradas a partir de las reuniones de los cabildos de los resguardos en Tierradentro.

Los puestos de salud de la organización indígena tuvieron mayor apropiación por la comunidad que los del sistema institucional, posibilitando un mejor encuentro con los médicos facultativos de la organización que promovían la atención médica, y en ocasiones remitían a las personas a los organismos institucionales de acuerdo a la complejidad de las enfermedades; en dichos puestos también atendían los médicos que desde los hospitales se desplazaban hacia los resguardos.

La diferencia de este programa hoy con respecto a lo propuesto por la institución de salud no es mayor, tiene que ver con la demostración por parte de las comunidades de su capacidad de retomar elementos de la sociedad mayor y adecuarlos a sus necesidades,

lograr una atención de la problemática de la enfermedad más cerca de las casas donde vive la gente, mejorar la actitud frente a las preocupaciones de la persona enferma, más tiempo para la comunicación y diálogo entre la persona enferma y el médico con el aporte de las personas bilingües de la comunidad, interconsultas con los *l'hé' wala* y *tut, m'ba'isa*; es decir, una mayor confianza y una mayor familiaridad, no obstante la vigencia de la biomedicina. Estas experiencias propias llevaron a las comunidades a exigir a las instituciones prestadoras de servicios de salud un cambio de actitud -posible- y un mayor acercamiento a la comunidad.

Se evidencia en estas experiencias, más que una relación de medicinas, una complementariedad sustentada en las posibilidades y los límites de los conocimientos de los diferentes saberes cuando de éstos se hace conciencia. De tal manera que empezó por la Organización a "institucionalizarse" que el médico facultativo es el médico de las enfermedades "venideras", y los especialistas del saber y prácticas curativas de los *nasa* en los "médicos" de las enfermedades "propias".

En esta dinámica el papel del promotor de salud o agente comunitario de salud -A.C.S- ha consistido fundamentalmente en establecer un puente entre estos saberes, discernir si la persona que llega en su búsqueda requiere de la ayuda de la medicina tradicional o de la medicina Facultativa. La organización siempre ha hablado de un programa de "salud integral bicultural" a partir de una capacitación muy extensa que comprende: el papel del promotor de salud en las comunidades indígenas, los conceptos de salud-enfermedad, cosmovisión, medicina tradicional, agentes tradicionales de salud, enfermedades propias y diagnóstico comunitario¹¹¹.

111 Al promotor se le ha capacitado sobre ciclo vital, embarazo, parto, puerperio, control prenatal, salud de la mujer, planificación familiar, el recién nacido, crecimiento y desarrollo, infecciones respiratorias agudas -I.R.A-, enfermedad diarreica aguda -E.D.A-, nutrición y producción; problemas específicos de salud como Tuberculosis -TBC-, alcoholismo, problemas de piel, vacunación, enfermedades de transmisión sexual -ETS, alcoholismo, primeros auxilios, etc., salud oral, liderazgo, participación ciudadana, identidad, legislación en salud, sistema de información.

Capacitación bastante extensa con la que se pretende entregar al promotor, los elementos indispensables para realizar actividades como: visitas familiares, realizar y actualizar el diagnóstico de salud comunitario anualmente, realizar actividades educativas a nivel individual, familiar y comunitario sobre aspectos varios¹¹², conformar y organizar grupos de mayores -tercera edad- para realizar actividades culturales, conformar el grupo de embarazadas para trabajar con parteras, realizar eventos de comida tradicional, relacionarse con los especialistas *nasa*, intercambiar experiencias y coordinar actividades con ellos, así como participar en las actividades conjuntas que se realicen.

La capacitación¹¹³ y el accionar mínimo de los agentes comunitarios de salud frente a tan agobiante tarea dejaron en evidencia los grandes vacíos de conocimiento que existían frente a la cultura *nasa*, y paralelamente al accionar del programa de salud se propusieron investigaciones sobre parterismo, crecimiento y desarrollo del niño *nasa*, medicina tradicional, plantas medicinales, que escalonadamente se han ido desarrollando en convenios con universidades, instituciones del Estado, y que poco a poco han enriquecido el actual programa de salud del CRIC al interior de las actividades de promoción y prevención que se ejecutan en el seno de la ARS-I.

Ante las dificultades del régimen subsidiado en salud y especialmente frente a los manejos de las ARS como se enunciaba en 6.1.1, la organización indígena del CRIC en el X Congreso Regional del Cauca decide en el año de 1997 :

112 Sobre EDA, IRA, TBC, embarazo, nutrición, producción y preparación de alimentos, salud de la mujer, crecimiento y desarrollo, salud oral, vacunación, primeros auxilios, uso de plantas medicinales, medicina tradicional, cuidados de la salud, legislación en salud, derecho propio, y otras, de acuerdo a la necesidad de la comunidad, familia o persona en un momento determinado; identificar y canalizar las personas enfermas o con riesgo de enfermar hacia la consulta médica y sus programas, colaborar en la implementación de los programas de TBC, nutrición; mantener informada a la comunidad de las políticas, programas, acciones, que se estén implementando en salud en la comunidad y generar discusiones y propuestas alrededor de ellas.

"[...]crear un ente para la administración del régimen subsidiado de las comunidades indígenas y manejado por las mismas comunidades. Para ello se elabora una propuesta donde se define su forma organizativa y administrativa. Ésta ARS indígena no sólo administraría los recursos de salud, sino que debería posibilitar y operativizar propuestas de salud de las comunidades y continuar el desarrollo de las áreas del programa de salud el CRIC, buscando tener un POSs indígena -que tenga en cuenta aspectos desde la cosmovisión-, siendo un espacio de desarrollo administrativo, con funcionamiento descentralizado y fortaleciendo la organización indígena, así como fortaleciendo la red pública de atención en salud, priorizándolos frente a lo privado". (CRIC, 1997)

Se oficializa la ARS-I en el año de 1998 y se respalda en la asamblea de indígenas de todos los cabildos -AIC- de las comunidades *nasa* como la máxima autoridad. En asamblea eligieron un representante legal que junto a dos delegados del ejecutivo del CRIC y el coordinador del programa de salud conformaron la junta directiva de cuatro personas. Definieron que las directrices para el funcionamiento de la empresa debían ser aportadas por el programa de salud y la AIC plegarse a sus lineamientos.

"El haber tomado la decisión de entrar en el sistema de la ley 100 de 1993 y crear una ARS indígena, no significó, ni significa renunciar a los derechos particulares de los pueblos indígenas, por lo tanto se ha mantenido una visión crítica frente al programa de salud y de la AIC frente al sistema general de seguridad social en salud y las políticas nacionales y mundiales de salud". (CRIC, 1997)

En la implementación de su ARSs, se logró que se aceptara el traspaso de los afiliados de las diferentes ARS a la ARS-I, se les permitió su vinculación con la certificación como indígenas que dan los gobernadores de cabildos ante la carencia de identificación con

¹¹³ Tan extensa era también la capacitación de los promotores de salud del programa institucional, y sobre los contenidos y metodologías se discutió bastante porque se generaron muchos desaciertos; actualmente éste programa se desmonta progresivamente por el Estado, pero algunas ARS lo implementan.

registros civiles y cédulas por algunos de ellos, y se logró una contratación con las instituciones de la red pública de salud, con unos criterios de calidad de servicios que minimizaran los conflictos culturales entre persona enferma indígena - institución de salud, situación que empoderó a la organización indígena sobre las instituciones.

En los convenios se precisaron exigencias que de no ser cumplidas motivarían la ruptura de los contratos, hacia la búsqueda de otras públicas o privadas que pudiesen estar en condiciones de garantizarlas. Igualmente se exigió que el porcentaje de la Unidad de Capacitación -valor del subsidio por persona- dedicado a la promoción y prevención fuera ejecutado por el programa de salud del CRIC, así como algunas consultas médicas por médicos de la organización en el campo de la medicina académica y medicinas alternativas.

Así se configura el programa médico mixto: la red pública brindando sus servicios médicos asistenciales al amparo de la biomedicina, el programa de salud del CRIC prestando asistencia a través de esta misma medicina, además de las medicinas alternativas, y desarrollando actividades de promoción y prevención sustentados en los especialistas del saber *nasa*.

Para la elaboración e implementación de la propuesta de promoción y prevención por el programa de la organización se hicieron reuniones con los *tʰëʷ wala* y *tut, mbaʰisa* como actores importantes, con los agentes comunitarios de salud ya capacitados con experiencia en el trabajo comunitario, y con el personal de salud institucional, y se concretaron los siguientes aspectos que ya se encuentran en desarrollo:

Concepto de salud-enfermedad desde un punto de vista integral.

Apoyo y fortalecimiento a la medicina tradicional indígena.

Prevención de enfermedades propias.

Uso de plantas medicinales.

Programa de parteras.

Apoyo a huertas.

Relaciones, salud, naturaleza y cultura.

Cosmovisión *nasa*: investigación y socialización dentro de la comunidad.

Crecimiento personal, autoestima, valores, roles, etc, desde la identidad propia.

Relaciones personales, familiares, comunitarias, afecto -desde lo propio- .

Educación sexual: ciclos vitales, embarazo, parte, lactancia, enfermedades de transmisión sexual, planificación familiar.

Elaborar e implementar un programa de control prenatal de acuerdo a la cultura e involucrando a los recursos propios de salud.

Nutrición: valores alimenticios, combinaciones, preparación, recuperación de alimentos, producción.

Elaborar e implementar un programa de crecimiento y desarrollo adecuado al area indígena y que tenga en cuenta las etapas de socialización del niño *nasa*.

Alcoholismo y drogadicción.

Salud oral.

Desarrollo comunitario, participación ciudadana, resolución de conflictos, liderazgo, elaboración de proyectos, legislación indígena en salud, derecho propio.

Problemas específicos de salud y sus respectivos programas: tuberculosis, enfermedad diarreica, infección respiratoria aguda, problemas de piel, primeros auxilios, prevención de accidentes, vacunación; saneamiento ambiental, Enfermedades de transmisión sexual, maltrato.

Capacitación y seguimiento al personal de salud.

La oferta de servicios de medicina alternativa con terapia neural, homeopatía y medicina biológica¹¹⁴, se hace a través de médicos formados en la escuelas de medicina, afirmando

¹¹⁴ Medicinas alternativas de origen europeo que se han construido, enriquecido y transformado durante su ya larga historia en América Latina; en el Cauca específicamente se encuentran desde hace aproximadamente 30

una realidad histórica que dice que en general las medicinas alternativas no se han constituido al margen del modelo de pensamiento que sustenta la biomedicina, compartiendo algunos de sus conceptos y explicaciones; en su desarrollo y relación con los individuos que acuden a ellas cabe la posibilidad de construir y transformar significados de salud y enfermedad en contra de los significados hegemónicos.

Dentro de la heterogeneidad de las medicinas alternativas, se encuentra que en general, y con algunos matices, basan sus prácticas y terapéuticas en principios comunes a los de la medicina facultativa, tales como la salud definida como normalidad, la enfermedad como ruptura o "desequilibrio", la causalidad lineal de sus explicaciones, y la asimetría en la relación médica que desconoce la capacidad de autocuración y autoecoorganización del "paciente". Sin embargo, se presentan dentro de un espacio diferente al de la medicina académica, que permite el desarrollo de una relación diferente con las personas, y la posibilidad tanto de mantener y reforzar los rasgos estructurales del modelo médico hegemónico, como de subvertirse a ellos.

Así como la medicina académica, las medicinas alternativas tienen cada una su propio discurso y su propia lógica de curación y de enfermedad, diferente a la medicina oficial, pero no ajena totalmente a ella, hay puntos de encuentro de oposición y de complementariedad¹¹⁵. Tanto la biomedicina como la alternativa forman parte de la

años. Algunos de estos médicos combinan las medicinas alternativas con otros tipos de prácticas, tales como esencias florales, orino-terapia, oxígeno hiperbárico, utilización de plantas medicinales y naturismo, y algunos incluso realizan al mismo tiempo prácticas de medicina facultativa.

¹¹⁵ En Colombia, las medicinas alternativas no han sido muy estudiadas por las ciencias sociales, y menos por las ciencias médicas; a pesar de su gran auge que involucra a gran parte de la población en Colombia —el 71.3% de las personas en Bogotá, Cali y Medellín, han utilizado algún tipo de medicina alternativa, como homeopatía, acupuntura o esencias florales (Rojas, 1997)—; y que en el ámbito institucional ya se ha presentado un reconocimiento parcial de ellas: el Ministerio de Salud de Colombia (1992) adoptó las normas técnico administrativas en materia de medicinas tradicionales y terapéuticas alternativas adjudicando al Sistema de Salud la función de promover y revalorar estas medicinas y terapéuticas; y en 1998, reglamentó la práctica de terapias alternativas en la prestación de servicios de salud en el país. Además, recientemente entidades como el Instituto de Seguros Sociales (ISS) han incluido estas medicinas como parte de los servicios que prestan a sus asociados. Estas son algunas de las razones por las cuales hoy es necesario profundizar en el estudio y la

misma sociedad y de su historia, aunque no responden a los mismos intereses y necesidades sociales.

Los practicantes de estas medicinas son médicos formados en Universidades, que han abandonado el camino laboral y académico esperado para su educación profesional, y que han aprendido estas medicinas por diferentes medios (cursos, seminarios, talleres, estudios formales y no formales, etc.) y por diferentes razones, prácticas, discursos y concepciones de medicina, salud y enfermedad.

Los médicos que tienen experiencias con las medicinas alternativas ven la necesidad de aproximarse y relacionarse con las personas de una manera diferente a como se lo ha permitido la consulta médico facultativa, y de "ver" de otra forma el proceso de salud-enfermedad, la medicina, y sus desempeños dentro de ésta. Piensan que las relaciones humanas, sociales y culturales¹¹⁶ que se establecen entre los médicos y los pacientes poseen, además de significativas posibilidades, importantes limitaciones que no permiten comprender ciertos procesos, que impiden "ver" al ser humano, la sociedad y la medicina de cierta manera.

Acerca de su interés por el trabajo con las comunidades indígenas y el conjugar en su práctica diferentes estrategias terapéuticas, una de la médicas del programa indígena decía:

“Pienso que involucrarme en la manera como los individuos viven su relación con las medicinas alternativas como espacios de aceptación y principalmente de resistencia a una manera dogmática de pensar la salud, iluminan el camino hacia el reconocimiento de los límites del modelo

comprensión de las medicinas alternativas, en cuanto a las relaciones que establecen con otros saberes y modelos médicos, en el papel que juegan en la sociedad, en sus posibilidades y limitaciones, y principalmente en lo que representa su presencia en la vida de los individuos.

¹¹⁶ No se justifica la separación (humanas-sociales-culturales), pero es difícil encontrar una forma adecuada para definir esta relación sin excluir ni reducir

médico hegemónico y la construcción de un verdadero modelo médico alternativo”. (voz de médica)

Y continuando en la perspectiva anterior agregaba:

“Identificar, desde los discursos de los pacientes, las articulaciones que se establecen entre los diferentes saberes y los flujos de conocimientos que permiten su desarrollo y transformación permanente, permite comprender la sociedad en la que nos encontramos y que conformamos [...] Es de mucho interés entender qué dice de nuestra sociedad y de los seres humanos, la manera como se vive la tensión entre la resistencia y la inercia frente al modelo médico hegemónico, en la relación entre los pacientes y las medicinas alternativas”. (voz de médica)

Frente a la evidente crisis del modelo médico hegemónico que forma parte de una crisis general del pensamiento occidental, y expresada en diferentes espacios y disciplinas, comparto la idea de que se requieren elementos que permitan pensar en maneras diferentes de plantearse la salud; un camino adecuado puede ser el intentar comprender los significados de la salud y la enfermedad que los individuos construyen, transforman y mantienen, sus búsquedas, motivos, deseos, posibilidades e ilusiones respecto a este tema; y estos espacios de relación intercultural son importantes para ello.

Este programa y este servicio es demandado por los *Nasa* de Toez Caloto especialmente, cuando se ha optado por buscar respuesta a enfermedades no consideradas propias como se verá en el Capítulo 7 Itinerarios terapéuticos.

6.1.3. Sistema médico popular.

Cuando se hace alusión al sistema médico popular, normalmente se hace referencia a toda una amplia gama de concepciones y prácticas encaminadas al logro de la salud perdida o al

mantenimiento de la misma, y que no pertenecen a la medicina académica, como tampoco al campo de las medicinas alternativas; es una coexistencia de saberes y prácticas médicas que se reproducen y se recrean permanentemente en los diversos modelos sobre el cuerpo, la salud y la enfermedad a manera de un “collage” abigarrado *-bigarré-* en el cual las etiologías, tratamientos, remedios y por supuesto, los agentes de prevención y curación proceden de tradiciones muy heterogéneas.

Es posible que no se pueda establecer necesariamente una correspondencia con un esquema coherente a partir de un determinado punto de vista de enfrentar la salud y la enfermedad: por ejemplo, una visión biomédica occidental a través de la medicina institucional convencional, una visión oriental, o una visión completamente mágico-religiosa, indígena o negra. En esta perspectiva, puede ser difícil establecer el sustrato que ordena o guía la manera como se debe afrontar la enfermedad, y deja muchas inquietudes sobre un ordenamiento como lo ha exigido la conceptualización tradicional de sistema en el campo de la salud.

En el itinerario de los *nasa* para encontrar la salud también se encuentran el curanderismo de otras tradiciones y formaciones culturales del sur-oeste colombiano y a su interior ciertas prácticas esotéricas, como las más requeridas dentro del sistema médico popular.

Se les denomina como medicinas populares haciendo referencia a un sector de la población donde supuestamente tienen más arraigo este tipo de saberes y prácticas. Pero es de resaltar que si bien en algunos sectores de la población éstas no tienen tanta presencia, no se puede desconocer que en toda la población hay algún tipo de concepción, actitud y terapia tradicional, e incluso en la práctica de los médicos formados en las escuelas de medicina se encuentran usos y conocimientos tomados de las medicinas tradicionales que al demostrar su validez las incorporan.

La encuesta general a la población donde se preguntaba por las razones para buscar los servicios de agentes del sistema medico popular, diferentes a los especialistas del saber *nasa* y a los médicos del hospital dieron los siguientes resultados:

Los *nasa* de Tóez indicaron en un 35.2% que a los curanderos se los consultaba por ser “una alternativa de salud” y el 22.4% por el temor a ir al hospital una vez se determinaba que el saber *nasa* no era suficiente para resolver sus problemas de enfermedad. En Tierradentro se informó que no se consultaba a otro personal diferente al de la medicina facultativa. (Ver tabla No.16)

TABLA No. 16 Razones por las cuales los *nasa* de Tóez buscarían a los curanderos

Orden	Razones	Frecuencia	Porcentaje
1	"Es una alternativa en salud"	55	35.2
2	"Miedo de ir al hospital"	35	22.4
3	"Por sugerencia de otras personas"	17	11.0
4	"El <i>t'e' wala</i> no lo curó"	13	8,3
5	"Los remedios que ellos dan son buenos"	11	7.0
6	"Las plantas son menos dañinas al organismo"	8	5.1
7	"También les tienen fe"	7	4.5
8	"La no costumbre de ir al hospital"	4	2.6
9	"Fe a las plantas medicinales"	3	2.0
10	"Es más barato"	3	2.0
Total		156	100%

Fuente: Encuesta realizada a la comunidad

6.1.3.1. Curanderos

Después de esta pesquisa panorámica se pasó a la identificación de los 4 curanderos más importantes a los cuales acudían , y una vez identificados sus sitios de habitación y trabajo en Santander de Quilichao fueron visitados los días miércoles y sábados en que se realiza el mercado y llegan muchas personas, para conocer un poco de ellos, y en la sala de espera se

conversó con los pacientes, teniendo como pautas los requerimientos del primer campo de información (2.3.1.1. Los agentes de salud)

Curandero Negro

Se auto-define como curandero y de identifica como afro-descendiente, es originario de López de Micay en el Departamento del Cauca, de aproximadamente un metro con 65 cm de estatura y de contextura media, con 60 años de edad que no aparenta, físicamente es una persona de movimientos rápidos, es ágil; su voz es de tono alto, y su pensamiento lo expresa de forma rápida y continua sin perder su vocalización y es claro para quien lo escucha. Es casado, con escolaridad de quinto de primaria, y durante su vida ha realizado muchas actividades para poder subsistir, entre las cuales se destaca la de minero a lo largo del río que tiene el mismo nombre de su ciudad de origen.

El perfil de su personalidad irradia alegría y jocosidad, es amable, extrovertido y comunicativo cuando se expresa en torno al mundo que lo rodea, transmite seguridad y tranquilidad al hablar de diversos temas de interés general, pero reservado y ciertamente desconfiado cuando se refiere o se le interroga respecto a su saber.

Desde niño sintió una gran atracción por el curanderismo puesto que su padre y sus tías que eran curanderos, le enseñaron a conocer las plantas y las propiedades curativas, y con frecuencia lo enviaban a las espesuras de la selva a traer plantas medicinales para curar sus pacientes; esto le permitió familiarizarse con el uso y origen de la diversidad de elementos botánicos.

Esta actividad, relata, la compartió con su familia -procedente del Choco- hasta la edad de 30 años cuando decidió independizarse y viajar con su conocimiento por las ciudades de la Costa Pacífica Colombiana donde practicó su saber, “practicando aprendí mucho, mis

pacientes me enseñaron mucho”. También aprendió con el estudio en diversos textos de botánica y de ciencias ocultas, también realizó un curso a distancia promocionado por el Jardín Botánico de Medellín; mientras estuvo como empleado en oficios varios el curanderismo se convirtió en práctica esporádica.

Combina en sus tratamientos recursos medicinales de procedencia animal y botánica con la práctica de las llamadas "Ciencias ocultas", según los requerimientos de los males para erradicarlos.

Su vestuario es de muchos colores contrastantes, que acompaña con diversidad de cadenas doradas con colgantes en formas de cruz y con caras de vírgenes del santoral cristiano, pulseras metálicas plateadas con incrustaciones doradas de formas animales, y manillas de tejidos vegetales y grandes anillos dorados y plateados en ambas manos.

El consultorio donde atiende a la gente se encuentra en el espacio de la sala de su casa, consiste en una habitación con paredes adornadas con pieles de serpiente, animales disecados, y cuadros y afiches donde rezan proverbios; una sencilla mesa y dos sillas en madera se constituyen en el espacio de encuentro con sus pacientes, y complementan el espacio de su consultorio mesas laterales donde se ven libros de religión, botánica y reposan frascos de vidrio con animales inmersos en alcohol.

Su llegada a Santander de Quilichao se produjo hace diez años, y se dedicó de lleno a practicar el curanderismo; desde entonces habita en el centro de la población en una casa de amplios espacios, y con servicios públicos completos.

Para este curandero el significado del término salud es "estar alentado" y define la enfermedad como "un castigo divino, un martirio o una maldición", considera que las

causas de la enfermedad obedecen a "los disparates o el descuido de las personas, al tener los primeros síntomas de una enfermedad y no hacerse chequear".

El Kamentzá

Es un mestizo con formación en el valle del Sibundoy en el Departamento del Putumayo bajo la tutela de los indígenas Kamentsá, es un curandero que diagnostica la enfermedad por medio del cuarzo. Dice tener 54 años de edad con una estatura de aproximadamente un metro con 68 cm, posee una contextura mediana y procede del municipio de Sotará (subregion Centro del cauca); sus movimientos son rápidos pero su diálogo es pausado y su apariencia es de tranquilidad e infunde tranquilidad. Se viste como cualquier hombre humilde de la ciudad, camisa sencilla y pantalón, sin mayores distintivos; pero para efectos de su práctica curanderil utiliza elementos del atuendo indígena como plumajes de muchos colores alrededor de su cabeza, igualmente emplea escobillas de plantas secas para "sahumar" a sus pacientes.

Percibí en las visitas que hice a su residencia-consultorio cierto recelo y desconfianza que se modificaba en la medida que nuestro diálogo avanzaba, tornándose amable y comunicativo, pero con un final impredecible.

Se crió con el esposo de su madre -padrastro- y un hermano y dos hermanas de crianza, familia dedicada a las actividades agrícolas y de ganadería, a él le correspondía ordeñar las vacas en una finca situada aproximadamente a una hora de camino de la casa. Esta actividad jugó un papel importante en la definición de su destino como lo veremos. En la misma finca trabajaban unos terrajeros, empleados de su padrastro; estas personas cuando él ordeñaba solían pedirle la mitad de la leche extraída al igual que aconsejarle "que no fuera bruto, que no le trabajara tanto al padrastro puesto que le trataba mal, y que

igualmente no le iba a dar estudio", y realmente sólo asistió muy poco tiempo a la escuela y únicamente aprendió a leer y a escribir.

Relata cómo a la edad de ocho años, en esta finca conoció a dos "sibundoyes" (así se llama a los procedentes del valle del Sibundoy en el Putumayo que pueden ser de la étnia Ingana o Kamentzá) a quienes solía regalar cierta cantidad de leche, este encuentro se repetiría posteriormente con un gran significado para su vida; a la edad de 18 años los Terrajeros empleados de su padrastro interesados en que él se casase con una de sus hijas, le suministraron una bebida -hechizo, mal puesto- que le causó mareos, vómito, dolores estomacales y pérdida de la razón. Días después el efecto se agudizó: deambulaba desnudo, no comía y permanecía a orillas del río Sotará, dormía, igualmente en la calle de la pequeña población. En este estado se repitió el encuentro con los dos sibundoyes de su infancia, estos le reconocieron y le proporcionaron remedios para su enfermedad. Ésta al no ceder totalmente, los Sibundoyes se lo llevaron a las selvas del Amazonas y Putumayo en donde conoció a un cacique llamado Taita Patricio quien valiéndose de bebidas, del yagé y de otros rituales logró curarle totalmente.

Los sibundoyes y Taita Patricio le sugirieron que se quedara en este lugar acompañándolos mientras ellos le preparaban como curandero. Él, en agradecimiento por su curación y motivado por cierta inclinación hacia estas prácticas decide quedarse, por espacio de seis años, comparte con los caciques indígenas de esta zona los diversos rituales y tratamientos con base en plantas y básicamente en el yagé como elemento constitutivo del conocimiento y en el empleo del cuarzo -piedra cristalina- como medio de diagnóstico de la enfermedad a la par que fuente de revelación y manifestación de espíritus, y acontecimientos.

Una vez sus maestros consideran que él tenía ya la madurez y la experiencia le dejaron salir de la selva, y fue así como su práctica de curandero se inició, en un comienzo desplazándose por diversos pueblos de Colombia hasta su asentamiento en Santander de

Quilichao en donde reside actualmente. Su espacio es una casa amplia que le sirve también de consultorio, caracterizado por la presencia de elementos provenientes de comunidades indígenas del Putumayo y el Amazonas como retratos de caciques, lanzas y plumajes. Su "sincretismo" religioso le permite combinar los anteriores símbolos con un altar en donde reposan imágenes del santoral cristiano alumbrados permanentemente con veladoras, elementos que alimentan la fe que se articula como gran apoyo a sus tratamientos.

Uno de sus rasgos característicos es la prevención frente a los demás, a las circunstancias y al mundo externo, porque considera que en la vida se debe estar preparado para posibles "males externos" que le pueden causar otros individuos. Gran parte de las variaciones en la salud y los eventos de la enfermedad los atribuye a poderes, y procesos sobrenaturales y estos constituyen la base de sus prácticas. El diálogo con sus pacientes evidencia cierta presencia de lo mágico que constituye su conocimiento y su labor.

Sus prácticas se encuentran apoyadas en creencias religiosas, se enorgullece de sus "conocimientos sobrenaturales" y se considera un servidor de la humanidad, no sólo en la perspectiva de curandero, sino en acciones de beneficio común.

Este curandero afirma tener un gran acervo de experiencias las cuales se nutren tanto de sus vivencias familiares como del conocimiento de las comunidades indígenas y que confluyen en los ritual de reconocimiento y los tratamientos que recomienda de ingestión de zumos de plantas medicinales preparadas por él.

Es consciente de sus logros positivos al haber sanado a personas aquejadas de demencia, pero reconoce sus limitaciones en el manejo de la droga, la cual no utiliza por no conocer su empleo.

La curandera.

Reconoce que su principal virtud es ser vidente, “ver los que otros no ven”. Es una mujer de 65 años de edad, natural de la Sierra sub-región Centro del Cauca, sólo realizó estudios hasta quinto de primaria en su pueblo natal. Su actividad como curandera la ejerce desde hace 45 años en diversos lugares de Colombia.

Es una persona de tez trigueña, de un metro con 60 cm aproximadamente y obesa para su estatura, sus movimientos son lentos pero seguros, habla pausada y lentamente en un tono alto. Su apariencia es tranquila, su trato es amable y utiliza expresiones de cariño, difícilmente se le puede sostener la mirada escudriñadora y atemorizante con alto poder de concentración. Respecto a su poder enfatiza que es producto de un don especial, es muy reservada y discreta con sus conocimientos. Es consciente de su papel como servidora de la comunidad e igualmente reconoce sus limitaciones y el alcance de sus logros como curandera.

A la edad de 12 años advierte que posee cierto poder mental que le permite hacer y visualizar cosas que los demás no pueden :

"[...]en cierta ocasión cuando mi madre estaba enferma con cálculos en la vesícula, según los médicos y que debía ser operada en los siguientes días, al observar su gestos del dolor que le aquejaba, tomé tres plantas medicinales las friccioné muy fuerte sobre su abdomen, los dolores fueron mermando y cuando le hicieron la ultima radiografía antes de operarse, los médicos observaron que los cálculos habían desaparecido".

Ella explica que a raíz de este procedimiento fortuito que resultó efectivo -porque mediante la energía positiva se logra la disolución de las sustancias dañinas para el organismo-, y el deseo de servir a la gente, decidió complementar lo que ella denomina su poder mental, con

el conocimiento de la botánica a través de la lectura de libros sobre botánica, y la concentración espiritual a través de las oraciones.

Su labor se caracteriza porque conversa mucho con las personas a la manera de una consejera para la resolución de problemas familiares y brinda apoyo psicológico y emocional a sus pacientes.

Vive en un barrio periférico del casco urbano de Santander de Quilichao en una casa grande rodeada de muchas plantas y animales domésticos. El espacio de encuentro con sus pacientes lo configuran una camilla, un pupitre de madera, y una mesa sobre la cual se encuentran variedad de imágenes del santoral cristiano alumbrados con velas y velones; un gran corredor en la vivienda, con vista hacia el gran jardín, se convierte en el gran lugar de sala de espera de sus pacientes los días de mercado en Santander.

“Curandera mestiza”

Esta mujer de 48 años de edad, es trigueña, de un metro con setenta cm de estatura y contextura delgada, de movimientos rápidos y voz fuerte y fina caracterizada por pausas cortas antes de continuar nuevamente con su discurso. Es amable y parece autoritaria cuando se la oye hablar.

Se viste de manera sencilla y su cara que refleja tranquilidad cambia por gestos de desagrado -por la impotencia de hacer algo- cuando se abordaban aspectos problemáticos que vive nuestro país, hasta llegar incluso a ofuscarse. Muy atenta y segura durante nuestras conversaciones, muy conciente de la situación real que vive el pueblo colombiano, evidenciaba dotes de liderazgo, y expresaba conocimiento de variados aspectos de la comunidad, y en su discurso se reconoce su capacidad de construir iniciativas e ideas de proyección a la comunidad; sin embargo por momentos demostraba cierta desconfianza.

Su vocación hacia el curanderismo es muy personal y se nutre en el contexto de su familia en Mercaderes Cauca -subregión macizo-, a la edad de diez años le colaboraba a su madre y sus tíos curanderos de renombre. Al llegar a los 12 años inconforme con las dificultades económicas por las que pasaba su familia decidió viajar al Putumayo en donde vivían unas tías que eran yerbateras; una señora amiga la lleva allí, permaneció por espacio de tres años con una comunidad indígena de Ingas y aprendió todo lo concerniente al empleo de las plantas medicinales.

Una vez cumple 15 años los taitas, sus maestros, considerándola ya madura para la iniciación, le suministran el zumo del yagé, su efecto dura tres días y en este estado logra perfeccionar su aprendizaje. Luego los indígenas la llevaron hasta Puerto Asís, en este lugar conoce a un curandero, quien igualmente había permanecido largo tiempo en las selvas, con él realiza prácticas durante un año; luego trabajó con un tío, curandero de renombre quien vendía un remedio llamado "sol del día", el cual era útil para curar diversas enfermedades, especialmente, las picaduras de serpientes venenosas.

Posteriormente y considerándose preparada -suficientemente- inicia su práctica por diferentes lugares de Colombia, hasta que llega a Santander de Quilichao hace 13 años rodeada de sus hijos -enviudó hace algunos años- y desde ese momento ha conformado, según ella, un numeroso grupo de pacientes.

En su práctica, además del uso de plantas medicinales incorpora medicamentos de farmacia, demostrando su gran habilidad para el manejo, lograda mediante el estudio de diferentes tratados farmacológicos como vademecuns y diccionarios farmacéuticos.

Su casa se sitúa en uno de los barrios periféricos del núcleo urbano de Santander de Quilichao con espacios amplios y frescos; el consultorio se encuentra a un lado de la sala con un pequeño cuarto de espera con salida a la calle.

6.1.3.2 Dolencias atendidas por la red de curanderos.

Se registraron 53 dolencias por las cuales los nasa llegaron a consultar a los curanderos.

TABLA No. 17 Razones de los *nasa* para ir a los curanderos según dolencias

%	Razones de los <i>nasa</i> para ir a los curanderos.	Dolencias
28.3	"Los remedios del hospital no le aprovecharon"	Alergia, artritis por frío, asma, debilidad general, eczemas, enfermedades de la matriz, epilepsia, granos, infección renal, lumbalgias, nervios, reumatismo, tos ferina, trombos, y úlceras epidérmicas.
18.9	"Son enfermedades que el <i>t^he' wala</i> no las cura"	Anemia, dengue, desnutrición, diabetes, fiebre tifoidea, hongos en los pies, inflamación de los riñones, mala circulación, maleficios, y tuberculosis.
15.0	"Miedo de ir al hospital"	Cólicos, cólicos menstruales, dolor de cintura, dolores del parto, enfermedades del corazón, flujo blanco, hemorragias, y presión alta.
11.3	"Los curanderos curan las enfermedades de por acá"	Artritis por calor, crisis nerviosas, enfermedades del hígado, paludismo, paperas, y mal de ojo.
9.4	"No encontró turno en el hospital"	Diarrea, dolor de muela, gripa, parásitos, y resfriado bronquial.
7.5	"por recomendaciones de los mestizos"	Dolor de cabeza, dolor de los huesos, enfermedades del riñón, y fiebre.
5.6	"Los curanderos también son buenos"	Sarampión y dolor de estomago.
1.9	"No es enfermedad grave"	Dolor de espada.
1.9	"Mucha droga es mala"	Bronquitis.

Fuente: Ficha de pacientes en las salas de espera de los curanderos.

6.1.3.3. Tratamientos y formulas.

Los curanderos en sus diferentes tratamientos combinan el uso de plantas medicinales (gran número de ellas con principios bio-activos comprobados farmacológicamente) con métodos mágico religiosos acompañados de recursos animales y otros naturales que aquí se referenciarán.

Los vegetales en su gran variedad son los más empleados en sus terapéuticas y aparecen en casi la totalidad de los tratamientos, las de uso más frecuente: yerbabuena (Menta viridis), apio (Apium vulgare), manzanilla (Anthemis nobilis), limoncillo (Lippia citriodora), cedrón (Lippia citriodora) entre otras, se encuentran la mayoría de las veces en los solares de las casas.

Algunas yerbas medicinales, utilizadas por los curanderos y que no se encuentran en la región, son traídas por ellos mismos, o las compran a personas que vienen con ellas de los páramos, o de las selvas colombianas del Chocó, Putumayo o Amazonas.

Las formas más usuales de aplicación de las hierbas y que es común a los curanderos reseñados aquí, son las infusiones, los cocimientos, los emplastos y los bálsamos o amalgamas; en sus tratamientos hacen las fórmulas para que el paciente los prepare en la casa y en muchas ocasiones ellos mismos las suministran preparadas; también utilizan extractos en polvo, tinturas, glóbulos, jarabes, papeletas, zumos, y baños corporales a partir de vapor que se abordan en el anexo No 6.

Tratamientos con base en recursos botánicos.

Las infusiones. Toman una planta o alguna de sus partes y la introducen en un recipiente con agua recién hervida. Después que se enfría se cierne la infusión y se da a tomar. Es preferible hacer las infusiones con plantas que hayan estado secas, por ejemplo: infusión de altamiza, (*Franseria artemisioides*) que sirve para los "nervios", además produce "elasticidad de los ductos hepáticos y disuelve la bilis".

Los cocimientos. Consiste en poner a hervir en agua una planta medicinal por un tiempo determinado de 15 a 30 o más minutos. Lo anterior depende del grado de dureza de la planta; ejemplo: cocimiento de hojas de nogal (*Junglas regia*), se deja hervir por 10 minutos y se utiliza para el "reumatismo"; al pasar de diez minutos -según la literatura botánica- se producen altas concentraciones de "yodo" y "nogalina" y puede ocasionar reacciones adversas en el organismo como convulsiones.

Los emplastos. Se pueden hacer con una o varias plantas. La planta se machaca hasta obtener una masa y ésta se aplica en el lugar afectado. Se usa fría o caliente, tibiando la masa; esto depende del tratamiento.

Ejemplo de emplasto anti-inflamatorio. Se toma la hoja de achiote (*Bixa orellana*), de laurel, (*Aniba perutilis*) y yuca cruda (*Manihot esculenta*), se macera y se aplica con una venda en el sitio del traumatismo.

Las Amalgamas o Bálsamos. "Son tinturas que se preparan con plantas cordiales", aquellas que producen tranquilidad y descanso. Como dicen los curanderos "amalgamar juntar-unir" muchas plantas medicinales y se toma en infusión o en polvo.

El presente trabajo permitió establecer las recomendaciones de uso de plantas medicinales en la mayoría de las enfermedades por las cuales los *nasa* acudieron a los curanderos, y que se presentan en el anexo No.7.

Tratamientos con base en recursos animales.

En el “saber de todos” que practican los *Nasa*, no se utilizan recursos animales para el tratamiento de las enfermedades, pero algunos agentes de salud no indígenas, los incluyen dentro de sus estrategias terapéuticas. He aquí unos ejemplos:

La manteca de oso. Se le atribuyen propiedades desinflamatorias, y la usan con esos fines, se afirma que contribuye a la consolidación de los huesos fracturados y su aplicación se hace en forma directa en el lugar de la fractura. En los primeros meses de vida de un niño se recomienda su aplicación alrededor del ombligo, con el fin de promover un crecimiento sano y con buena textura.

La manteca de tortuga. Los curanderos la incluyen como agente terapéutico en enfermedades como la anemia y el paludismo.

La serpiente. Muy rara vez es incluida en tratamientos para controlar el reumatismo.

Rituales de apoyo terapéutico

No obstante ser los vegetales y algunos animales la base fundamental de sus tratamientos, en ocasiones algunos curanderos apoyan su terapéutica con rituales, según las ideas religiosas y la fe que las personas tengan en ellas y en los poderes divinos.

En dos de los consultorios se encontró parafernalia asociada con coronas de plumas de procedencia amazónica, arcos y flechas indígenas, escobillas con hojas de plantas para "guachapiar" (golpear suavemente después de agitar en el aire) a los pacientes y, elementos de rituales cristianos: en uno de ellos hay un altar con la imagen de Jesucristo en la cruz y diversos santos que son alumbrados con veladoras.

Para algunos casos de enfermedad los curanderos comentan que el tratamiento para sanar las personas consiste en equilibrar las energías, al extraer la energía negativa o elementos malignos y restablecer la energía positiva en el organismo. Un ejemplo relacionado con el "mal de ojo" ilustra este caso:

"El ser humano tiene energía positiva y negativa, cuando una persona mira a alguien irradia energía; en el caso de las personas violentas o de malos hábitos, esta energía es negativa (-). Si una de ellas mira un niño, esa energía negativa produce trastornos afectando el bazo o cuajo y el plexo solar, ubicado alrededor del ombligo, lo anterior se manifiesta con fiebre, diarrea, vómito, dolor de estómago, adelgazamiento y pérdida del apetito" (voz de curandera mestiza)

La curación se logra mediante el equilibrio de energías o sea "igualando las cargas positivas y negativas" con el siguiente ritual: la curandera toma ramas de ruda, las lleva a la boca, las mastica e ingiere una bocanada de aguardiente y haciendo un gesto sobre la cabeza del niño chupa y sopla parte del contenido de la boca hacia el suelo, ésta misma acción la repite sobre el ombligo, luego en ambas manos y ambos pies. Luego con una rama de ruda se "guachapea" todo el cuerpo del niño, lo golpea suavemente por la espalda de izquierda a derecha y de derecha a izquierda en movimientos circulares; lo que queda de la rama de ruda lo envuelve en un papel periódico y le indica a la madre que de regreso a casa la arroje hacia atrás, sin voltear a mirar atrás del camino. Según los comentarios de las personas existen muchas formas de tratar el mal de ojo, con oraciones o rituales diferentes.

La incorporación de productos farmacéuticos no es ajeno al curanderismo, tres de los curanderos abordados prescriben libremente medicamentos que van desde analgésicos comunes tipo dólex, dristán y vitaminas, hasta el manejo de algunos antibióticos (ampicilina) y en otros casos sustancias hormonales como ayerogen.

El aprendizaje para el manejo de los medicamentos lo hicieron a través del tiempo. El hecho de convivir con enfermos y observar fórmulas dadas por médicos y boticarios, posibilitó notar el uso común de medicamentos como antiácidos, analgésicos y vitaminas, los cuales, poco a poco, fueron incluidos en sus tratamientos.

La curandera que utiliza toda clase de medicamentos, aprendió su uso, leyendo vademécum y diccionarios farmacéuticos, en sus fórmulas no es extraño encontrar medicamentos de farmacia, pero justifica este hecho al comentar que en un comienzo no usaba drogas, puesto que contaba con toda clase de plantas curativas, pero en el momento, carece de muchas de ellas.

Enfermedades como las “crisis nerviosas”, “debilidad general”, “enfermedades del corazón”, “epilepsias”, “fiebres”, “nervios”, “presión alta” que motivaron la consulta de los curanderos, según éstos, son de tipo psicológico, emocional o espiritual. Para su tratamiento cada curandero adoptó su propio esquema de tratamiento; en unos casos los rituales con plantas, oraciones y baños con elementos como aguardiente, tabaco, ruda, taché¹¹⁷, lociones y jabones zodiacales; y en otros la consejería, el apoyo emocional y psicológico mediante una buena comunicación con presencia de comprensión, trato amable, confianza, amor, cariño y el realce de la autoestima a los pacientes. Este último aspecto muy reconocido por los *Nasa* como el tratamiento ideal por las personas.

¹¹⁷ Taché. Planta muy usual entre los recursos terapéuticos que manejan los Taitas, curanderos Inganos.

Capítulo 7

Itinerarios terapéuticos

Itinerario: del latín itinerariū, de iter, itineris, camino. Adj. Perteneciente o relativo a un camino // dirección y descripción de un camino con expresión de los lugares, accidentes, paradas, etc., que existen a lo largo de él // ruta que se sigue par llegar a un lugar // guía, lista de datos referentes a un viaje // (Diccionario de la lengua española, Real academia española, vigésima segunda edición. 2001).

En el presente capítulo el itinerario corresponde al recorrido que hacen los *Nasa* por los diferentes saberes y prácticas curativas al buscar su salud perdida.

Los *Nasa* en contacto con la sociedad no *nasa* y su medicina facultativa asumieron inicialmente la postura de clasificar como “afueranas” las enfermedades introducidas en ese encuentro y para las cuales no habían desarrollado una respuesta desde su saber. Postura que fue adquiriendo cada día características diversas según las regiones y las dinámicas de transformación cultural.

Cuentan los *Nasa* que en un primer momento hubo una actitud desfavorable por parte de sus especialistas para reconocer los límites y posibilidades de su saber, pero con el tiempo su actitud fue menos radical y poco a poco se dio una abertura. Hoy ellos mismos autorizan a las personas para que busquen otros saberes y recursos de salud: “nuestro conocimiento no alcanza para curar las enfermedades afueranas”.

Hoy existe una alternancia de prácticas de salud entre las familias *nasa* que conforman un complejo de continuidades o discontinuidades manteniendo elementos que definen su identidad cultural, en medio de una dinámica de ajuste y desajuste, de incorporación de nuevos elementos que representan la modernidad con sus valores de progreso y científicidad. Los itinerarios terapéuticos de las personas y las familias se realizan en

concordancia -muchas veces- con su clasificación de enfermedades y etiología desde los diferentes conceptos de cuerpo, salud y enfermedad, que a su vez se cruzan y se combinan unos a otros; pero también de acuerdo a las circunstancias u oportunidades.

En realidad se trata de un proceso múltiple o plural, a veces con elementos fragmentados de representaciones, diagnósticos y terapéuticas de diferente procedencia cultural, pero que a la vez se van construyendo o integrando en sus nuevas prácticas culturales alrededor de la salud y la enfermedad. El discurso de los especialistas del saber *nasa* es permeado por los discursos médico facultativo y de curanderos, al igual que sucede con el saber de todos; y de otra parte, se presenta en el campo médico facultativo un desbordamiento respecto a los límites del conocimiento rigurosamente positivo y su personal se siente impotente frente a la marea de prácticas populares de salud que se generan desde la población usuaria de los servicios médicos.

Detrás de los itinerarios hay universos simbólicos en comunicación intercultural, y resignificaciones permanentes que descodifican y recodifican los eventos orgánicos y no orgánicos de los cuerpos.

7.1. Orden de secuencia en el itinerario según saberes y prácticas curativas.

El que elijan a quien ha de curarles -*tʰɛʷ wala*, médico facultativo, por ejemplo- depende de las variables, algunas ya esbozadas, relacionadas con los procesos de transformación cultural, y los que vive la misma enfermedad -“propias” hacia “venideras” y viceversa-, la supuesta etiología de la enfermedad, la aceptabilidad y reconocimiento al sistema médico facultativo, medicinas alternativas, y sistema médico popular. En muchas circunstancias es la aspirina, el dólex, la inyección, el antibiótico, el jarabe de la tienda, o farmacia del

pueblo, la primera y la más importante representación de la medicina moderna, pero el tratamiento en la casa por el “saber de todos” es lo más frecuente en el cuidado de la salud individual y colectiva.

Se recurre primero al “saber de todos”, al conocimiento que opera la gente, y después a un determinado agente y luego a otro, o simultáneamente a dos campos del saber distintos bajo la influencia del contexto de la comunicación intercultural permanente entre universos simbólicos diferenciados sobre el cuerpo, la salud y la enfermedad.

7.1.1. Itinerarios al interior del saber *nasa*

En la Tabla No.18 sobresale el “saber de todos” como el conocimiento poseído y requerido por la mayoría de los *nasa* de Tóez Tierradentro y Caloto. La familia de la persona enferma, o ésta misma, antes de buscar al *t^hé?* *wala*, *tut*, *m^hba^hisa*, yerbatero, pulsero, sobandero, u otros especialistas por fuera de su saber *nasa*, pudo haber recurrido a su propio conocimiento.

A continuación se esquematiza el orden y secuencia de los pasos que se siguen al interior del saber *nasa* para recuperar su salud, y en algunos casos se tendrán e cuenta narraciones más representativas.

Tabla No 18. Enfermedades “propias” del saber *nasa* y orden de secuencia en el itinerario

Enfermedades ¹¹⁸	Saber <i>nasa</i>						Observaciones
	ST	TW	TB	Y	P	S	
“Picado se arco”							
“Debilidad en la mujer para tener hijos”							
“Dolores agudos en vientre de la mujer”	1	3	2				
“dolores de arco, hincadas”	1	3	2				
Parálisis total o parcial: Extremidades, sistema circulatorio: venas	1	2					Admiten las vacunas.
“perdida de la fuerza en los brazos”	1	2					
Hinchazones: Externas	1	2					
“Graneros en la piel, ronchas”	1	2					
“Botar familia”, “no nacer cristiano”. La <i>tut, ^mba^hisa</i> la reconoce como de arco	1	3	2				Pero el <i>t^he^h wala</i> hace tratamiento de limpieza.
“Enojo del Duende”							
“Ataques, quedan privados”	1	2					
Dolores profundos acompañados de fiebre, “escalofrío”, hasta caer en la cama.	1	2					
Hinchazones y calambres.	1	2					
Síntomas ocultos y bastante disímiles	1	2					
“Enfermedades de Cacique”							
Síntomas disímiles producidos por la relación con espacios donde existen restos de antepasados -entierros, tumbas-	1	2					Relación con el mundo de los antepasados precolombinos, provenientes de <i>“d^hi^hu yat</i> el mundo de abajo.
“Enfermedades de pulsos regados por susto”							
Diarreas: Forma: “chirle” (aguada).	1				2		
“Dolores de estomago y ardores ”	1				2		
Debilidad:							
Los ojos se les ponen “de para arriba”.	1				2		
Vomito y fiebre	1				2		

Fuente: Trabajo etnográfico, entrevistas, conversaciones y talleres con la comunidad

Convenciones: ST: saber de todos, TW: *t^he^h wala*, TB: *tut, ^mba^hisa*, Y: yerbatero, P: pulseador, S: sobandero, E: enfermera, M: médico, PR: promotora, MA: médico alternativo, CN: curandero negro, K : Kamentza, C: curandera, CM: curandera mestiza. 1= primer paso, 2= segundo paso, 3= tercer paso, 4= cuarto paso

¹¹⁸ Como se enunciaba en 5.2. los síntomas no son rígidos, estáticos, y no son los que definen la clasificación. Esta se rige más por la relación cultural, por el orden simbólico, por las relaciones míticas. Punto que es polémico, pues precisamente esa especie de origen o causalidad cultural es la que “semantiza” los signos, convirtiéndolos en síntomas. De lo contrario, causas y síntomas serían dos ordenes completamente diferentes, sin ningún nexo.

(Continuación...) **Tabla No. 18** Enfermedades “propias” del saber *nasa* y orden de secuencia en el itinerario

Enfermedades	Saber <i>nasa</i>						Observaciones
	ST	TW	TB	Y	P	S	
“Enfermedades por brujería o mal puesto –maleficio-”							Producido intencionalmente.
Ataques y Pérdida de conocimiento	1	2					
“Comida se devuelve”, Vómitos	1	2					
Dolor de cabeza.	1	2					
Locura, “se enloca una persona”	1	2					
Manchas en la cara	1	2					
“Enfermedades por visiones”							
Ataques	1	2					
“Descontrol de pulsos”	1	2					
Locura, problemas mentales	1	2					
“Estados delicados en la mujer”							
Dolores profundos causados por el arco. La <i>tut_y ^mba^hisa</i> la reconoce.	1		2				Pero el <i>t^hé² wala</i> hace el tratamiento de limpieza.
Dolores de la matriz por frío por duende	1		2				
Cólicos menstruales	1	2					
“Botar familia”, “hemorragias”. La <i>tut_y ^mba^hisa</i> las reconoce como de arco	1	3	2				Pero el <i>t^hé² wala</i> hace el tratamiento de limpieza.
“Niño atravesado” en el estado de embarazo.	1		2			2	El sobandero cuando falta la <i>tut_y ^mba^hisa</i> , acomoda el niño sobando la barriga con plantas y sustancias animales calientes.
“Estados fríos” ¹¹⁹							
Dolores de cabeza, estomago y espalda	1	2					Se trata en orden preventivo, con yerbas calientes y evitando ambientes fríos.
Reumatismo	1	2					
Diarrea blanca	1		2	2			
Gripa por la mañana ¹²⁰	1			2			

Fuente: Trabajo etnográfico, entrevistas, conversaciones y talleres con la comunidad

Convenciones: ST: saber de todos, TW: *t^hé² wala*, TB: *tut_y ^mba^hisa*, Y: yerbatero, P: pulseador, S: sobandero, E: enfermera, M: médico, PR: promotora, MA: médico alternativo, CN: curandero negro, K : Kamentza, C: curandera, CM: curandera mestiza. 1= primer paso, 2= segundo paso, 3= tercer paso, 4= cuarto paso

¹¹⁹ En lo referente a frío-caliente -enfermedades- se han encontrado algunas diferencias: Aparecen enfermedades producto del enfriamiento del cuerpo en un cambio brusco de temperatura, entendida ésta como la concibe el mundo no indígena -ver enfermedades apropiadas-, pero hay estados de calor, frío como representaciones culturales que no coinciden con la racionalidad occidental. Es de anotar que esta diferencia se localiza en Tóez Caloto, en una mayor relación con patrones propios de la medicina facultativa popularizada.

¹²⁰ Gripa, bronquitis y tuberculosis: También son enfermedades producto de estos cambios bruscos de temperatura.

(Continuación...) **Tabla No. 18** Enfermedades “propias” del saber *nasa* y orden de secuencia en el itinerario

Enfermedades	Saber <i>nasa</i>						Observaciones
	ST	TW	TB	Y	P	S	
“Estados calientes”							
Cólicos bajitos	1		2	2			Se previene a través de los refrescamientos con yerbas
Cólicos menstruales	1		2				
Diarrea color amarillo.	1						
Diarrea con sangre (colerín)	1	2					
Dolor de cabeza, de estómago, de espalda.	1	2				2	
Fiebres.	1	2		2			
Dislocaciones o fracturas						1	

Fuente: Trabajo etnográfico, entrevistas, conversaciones y talleres con la comunidad

Convenciones: ST: saber de todos, TW: *tʰeʷ wala*, TB: *tut, baʰisa*, Y: yerbatero, P: pulseador, S: sobandero, E: enfermera, M: médico, PR: promotora, MA: médico alternativo, CN: curandero negro, K : Kamentza, C: curandera, CM: curandera mestiza. 1= primer paso, 2= segundo paso, 3= tercer paso, 4= cuarto paso

La narración siguiente da cuenta del primer paso asociado con “el saber de todos”:

(1)¹²¹ “ Mi esposo se vino para Tóez Caloto a terminar de arreglar la casa, para poder venirnos a vivir del todo acá [...] pero es que a mi no me gusta este clima caliente. Yo me vine para acá porque me dijeron que él vivía con otra mujer y entonces yo le quería dejar los hijos y regresarme para Tierradentro porque los niños deben estar con una familia y no con una mujer sola, si es verdad que él tenía otra mujer. Cuando ya iba a llegar a Caloto mi niña que llevaba a la espalda empezó a vomitar seguidamente, me bajé del carro con mis otros dos niños y me fui rápido a buscar donde estaba mi marido, pero la niña empezó también con diarrea [...] finalmente encontré a mi marido sólo y construyendo la casa, estaba sólo, eran mentiras lo que decían [...], rápidamente busqué plantas medicinales con algunas vecinas para detener el vomito y la diarrea pero la niña seguía con lo mismo, entonces le conté a una vecina que donde podría encontrar al *tʰeʷ wala* o a alguien que me ayudara, entonces me recomendaron ir donde Mariano, yo le conté todo, [...] y me dijo que era probable que la niña estuviera asustada, entonces él mascó tabaco y mambió coca para catear la niña [...] como él es *tʰeʷ wala* [...] y sintió seña de susto, entonces mascó yerba alegría y le frotó

¹²¹ Para posteriores referencias el número entre paréntesis (1) identificará esta narración, y así sucesivamente las otras.

por el cuerpo empezando por el pie y terminando en el otro pie, luego me hizo recomendaciones sobre la importancia de vivir junto al marido para que me cuidara y yo lo cuidara a él para beneficio de los hijos. [...] me fui para la casa y la niña fue mejorando poco a poco”. (voz de mujer *nasa*)

Hay situaciones donde las manifestaciones del mal son tan claras para la gente según la clasificación propia de enfermedades, o tan extrañas, que acuden directamente al *tʰɛʷ wala*:

(2) “Mi señora empezó con molestias en el brazo, cogía las cosas, pero perdía como las fuerzas, todo se le caía, y estuvo a punto de quemarse cuando estaba en la cocina, era algo muy raro y poco visto en la comunidad, entonces fuimos directamente donde el *tʰɛʷ wala* que después de catiarla le amarró unas plantas medicinales molidas en la mano, pero la mejoría fue muy poca, volvimos donde él, y después de catearla nuevamente dijo que ahora si sentía clara la seña de “picao de arco” [...] yo le dije, que como podía ser el Arco en Caloto, si no habían pantanos y ríos cerca al lugar por donde mantenía mi esposa; el *tʰɛʷ wala* me dijo que el agua estaba en todas partes y que el arco era un espíritu del agua, y que las mujeres se olvidaban de todos los cuidados que había que tener durante la menstruación, que era muy probable que el arco la hubiera picado por no estar refrescada con plantas medicinales durante la menstruación y que por eso el arco la había atacado a través del agua que llega por las tuberías a la casa. [...] después de todas estas explicaciones el *tʰɛʷ wala* dijo que iba a catiar otra vez, entonces el se sentó en un banco, y le dijo a mi señora que se sentara a la derecha de él y yo a la derecha de mi señora, se puso a mambiar coca y a fumar tabaco, y después de un rato de mucho silencio, él dijo que volvía a sentir la seña que decía que estaba un “poquito picao de arco” y que había que dar remedios para curar. Luego metió la mano en su jigra y empezó a sacar paqueticos de plantas, que iba abriendo y seleccionando, luego hizo dos paqueticos nuevos donde echó por lo menos cinco tipos de plantas, y se los entregó a mi señora; le dijo que se bañara con uno de ellos de una vez. Entonces le indicó a mi mujer que se metiera las plantas a la boca y las masticara bien, que cuando estuvieran bien masticadas las soplara en las manos y luego con las manos untadas de plantas se frotara el cuerpo empezando por el pie derecho hacia arriba pasando por la cabeza hasta llegar al pie izquierdo, ella delante de él hizo lo que le dijo, y cuando terminó le dijo que al otro día tenía que hacer lo mismo con las plantas del otro paquetico [...] mi mujer al otro día lo hizo [...] y poco a poco fue sintiendo mejoría”. (voz de hombre *nasa* de Tóez)

En la explicación que hace el *tʰɛʷ wala* en la narración anterior se evidencia un aspecto del

proceso de semantización de un nuevo espacio en territorio; uno de los seres míticos más importante de la cultura *nasa* ya empieza a tener su morada, "el agua estaba en todas partes y que el arco era un espíritu del agua", no sólo se moviliza a través de los flujos naturales del vital líquido, sino también mediante los flujos artificiales como los abastos de agua; en tal sentido tendrían que mantenerse las costumbres asociadas a los estados delicados de la mujer.

Al interior del saber *nasa* se genera un itinerario entre los *t^hë[?] wala*, porque entre estos se reconocen diferencias en sabiduría y poder. En ese recorrido se pueden presentar situaciones fortuitas como la siguiente:

(3) "Mi esposo comenzó con una fuerte hemorragia por la nariz y la boca que no se le quitaba, lo llevamos donde el *t^hë[?] wala* de acá de Tóez Caloto y él después de catiarlo sintió seña de duende, catió algunos remedios y después de escoger los necesarios los mascó y le sopló por todo el cuerpo, también le mandó plantas medicinales para que se bañara, mientras hacia refrescamiento en la noche para voltiar sucio, pero mi suegro insistió en llevarlo al *t^hë[?] wala* de Tóez en Tierradentro, ante tanta insistencia decidimos llevarlo, pero cuando pasábamos por Silvia se agravó mucho y tuvimos que llevarlo al hospital de Silvia, allí lo hospitalizaron y le dieron remedios, lo tuvieron dos días y la mejoría era muy lenta, entonces mandé a llamar a los hijos, y con ellos, mi marido y mi suegro continuamos para Tóez Tierradentro, llegamos donde uno de los mayores *-t^hë[?] wala* viejo- y él empezó cateo con coca y tabaco y dijo que era enfermedad de duende y que había que hacer refrescamiento en la noche con toda la familia; esa noche nos fuimos para la orilla del río, después de haber conseguido suficiente coca, aguardiente y tabaco, y toda la noche estuvimos en el refrescamiento; el *t^hë[?] wala* decía que había mucha suciedad [...] ya en la madrugada confirmó que había voltiado el sucio y que la seña era buena y nos hizo bañar a todos con plantas frescas en el río [...] mi marido al otro día estaba mejor, y nos quedamos donde una hermana ocho días hasta que bajamos otra vez a Caloto [...] el ahora se encuentra bien, y se ha vuelto más cuidadoso con el duende" (voz *nasa* de mujer, Toez-Caloto)

Hay más confianza en unos *t^hë[?] wala* que en otros, o porque tienen más edad, "son viejos", y se les atribuye más poder, o porque los conocen desde hace algún tiempo. Esta actitud de los *Nasa* los hace recorrer los territorios donde hay *t^hë[?] wala*, en un itinerario que favorece

a la persona enferma, al tiempo que posibilita una retroalimentación cultural entre los diferentes asentamientos *nasa* que han configurado una heterogeneidad como pueblo.

En el cuadro siguiente se resume, según la clasificación *nasa* de la enfermedad, los itinerarios con sus especialistas y con los de otros saberes.

Tabla No. 19 Itinerarios en relación con las enfermedades "propias".

Enfermedades	Saber <i>nasa</i>						Sistema médico Facultativo		Programa mixto Organización. Indígena			Sistema médico popular			
	ST	TW	TB	Y	P	S	E	M	PR	M	MA	CN	K	C	CM
Arco	1	2	2	1											
Duende	1	2													
Cacique	1	2													
Pulsos regados	1				2	1									
Maleficio	1	2										3	3		
Visiones	1	2													
Dislocaciones			1			1									

Fuente: Ficha de pacientes en las salas de espera de los curanderos, complementada con la información de los talleres en comunidad

Convenciones: ST: saber de todos, TW: *tʰəʔ wala*, TB: *tut, mbaʰisa*, Y: yerbatero, P: pulseador, S: sobandero, E: enfermera, M: médico, PR: promotora, MA: médico alternativo, CN: curandero negro, K: Kamentza, C: curandera, CM: curandera mestiza. 1= primer paso, 2= segundo paso, 3= tercer paso, 4= cuarto paso

Ante la desconfianza a los *tʰəʔ wala* como posibles causantes de maleficios, por los conflictos que empiezan a generarse en el nuevo territorio de Tóez Caloto, y ante la lejanía de otros "más sabios" en retirados territorios *nasa*, acuden a los curanderos de Santander de Quilichao como una tercera opción.

Las enfermedades como el colerín en Tóez-Tierradentro, la gripa, y la bronquitis, que han sido incorporadas y reapropiadas por los *Nasa* hace algún tiempo, se abordan con aparentemente menos dificultad por el conocimiento propio. Pero con la tuberculosis se presenta un riesgo, el esputo hemoptóico señal precisa de su presencia aparece cuando el saber *nasa* ha dedicado mucho tiempo, y el proceso de contaminación en las comunidades

se ha ensanchado; el otro problema está con el Colerín en Tóez-Caloto donde más parece una enfermedad de transmisión sexual que se trata bajo la redefinición de ser producida por cambios bruscos de temperatura.

Tabla No. 20 Enfermedades “apropiadas” por el saber *nasa*, y orden y secuencia en el itinerario

Enfermedades	Saber <i>nasa</i>						Observaciones
	ST	TW	TB	Y	P	S	
“colerín”	1	2		2			La enfermedad de Colerín por enfriamiento: En su sintomatología se corresponde más con un tipo de venérea, a diferencia de Tóez Tierradentro, donde es una diarrea con sangre, orines con sangre.
La gripa.	1	2		2			Ataca a todas las personas sin distinción de edad y sexo, especialmente en invierno.
La bronquitis.	1	2		2			Por cambios bruscos de temperatura.
Tuberculosis	1	2		2			En sus síntomas iniciales, después pasa a la medicina facultativa.

Fuente: Trabajo etnográfico, entrevistas, conversaciones y talleres con la comunidad

Convenciones: ST: saber de todos, TW: *tʰeʷ wala*, TB: *tut, mbaʰisa*, Y: yerbatero, P: pulseador, S: sobandero, E: enfermera, M: médico, PR: promotora, MA: médico alternativo, CN: curandero negro, K : Kamentza, C: curandera, CM: curandera mestiza. 1= primer paso, 2= segundo paso, 3= tercer paso, 4= cuarto paso

7.1.2. Itinerarios hacia otros saberes y prácticas.

En el proceso de la penetración de la medicina facultativa, la religión occidental ha jugado un gran papel. Distinguiéndose dos procedimientos un poco diferentes: la iglesia católica ha mantenido una cierta distancia, lo que ha permitido que los *Nasa* aliados al catolicismo reconozcan de una forma abierta sus prácticas médicas vernáculas; mientras que los evangélicos han sido más penetrantes contra el saber *nasa*. Con la escuela y la institución de la salud, conforman la triada institucional que más ha contribuido en el proceso de penetración cultural occidental.

La economía mercantil va influyendo en las actitudes que se toman ante el saber *nasa* y por lo tanto, frente al facultativo. En ello juega un papel muy importante la juventud, la más susceptible a los cambios. La salida a los grandes centros urbanos, el turismo, la televisión, contribuyen bastante a eso; la juventud empieza a sentirse desarraigada de su legado cultural, algunos llegan a negarse a hablar el *nasa yuwe* - sabiéndolo hablar, no es que se nieguen a aprenderlo -, no son partícipes de las concepciones médicas vernáculas, se burlan de ellas; en cambio están inclinados a la integración en la dinámica nacional.

Hay personas que plantean que los *t^hë' wala* "no hacen sino trasnocharse bobamente para nada" o "si un paciente va con tuberculosis, le dicen que es cacique para sacarle plata, coca, aguardiente" y a continuación de estos comentarios agregan: "eso depende de las creencias" y la falta de puestos de salud. Aquí están en acción dos corrientes del mismo proceso: por una parte, personas que ya no comparten las concepciones vernáculas y por otra, la visión del ejercicio de los *t^hë' wala* como negocio.

No obstante, la transformación es paulatina y contradictoria; en Tóez Caloto hay gente que sigue defendiendo su legado médico en contraposición a la medicina académica; o personas que viven el conflicto del va y ven entre uno u otros saberes y prácticas; y para otros ese va y ven, no necesariamente es conflictivo.

7.1.2.1. Itinerarios hacia la medicina académica y programa mixto con medicinas alternativas.

Las mujeres en acuerdo con las *tut_y mba^hisa* han incorporado la costumbre de ir al control prenatal un programa institucional de salud ; van a él y regresan donde las *tut_y mba^hisa* que finalmente atenderán los partos en casa si no se detectan riesgos; es un ir y venir complementario de apoyo. Experiencia que se refleja en las estadísticas institucionales, el 24.24% de las personas que asistieron a consulta -en los últimos dieciocho meses-

demandaron actividades que se registran como "Factores que afectan el estado sanitario" y que además del control a la mujer embarazada tienen que ver con las actividades de control de crecimiento y desarrollo a los niños menores.

En este campo de la promoción y prevención para la detección precoz de ciertos males, ha jugado un papel muy importante la promotora de salud con permanencia en la comunidad y los agentes comunitarios de salud del programa de salud de la organización indígena, en Tóez Tierrdentro sólo el 9% de las personas que buscaron la red institucional de salud lo hicieron con esos propósitos.

Los síntomas que no ceden al "saber de todos" y a los especialistas del saber *nasa*, y que obligan a la consulta médica están relacionados con enfermedades infecciosas parasitarias -24.04%-, seguida de las enfermedades del aparato respiratorio -12.31%-, y enfermedades del sistema genitourinario -8.90%- (Ver Tabla No. 21)

Los *nasa* de Tóez en Tierradentro pasan del "saber todos" a la medicina facultativa cuando la sintomatología persiste en casos de enfermedades respiratorias -25%-, Síntomas y observaciones clínicas o de laboratorio anormales no clasificadas en otra parte -20%-, enfermedades infecciosas y parasitarias -17%-, y enfermedades de la piel -14%-. (Ver Tabla No. 22).

En Tierradentro llama la atención el alto porcentaje -20%- de sintomatologías que se agrupan en la clasificación "síntomas y observaciones clínicas o de laboratorio anormales, no clasificadas en otra parte", situación que podría explicarse por la dificultad en la interacción cultural por la diferencia de universos simbólicos y significaciones, por la no fluidéz de la comunicación entre persona enferma y médico (porque el manejo del castellano por la primera es menor), y por la escasés de recursos diagnósticos.

Tabla No. 21 Motivo de consulta a la red institucional de salud Tóez-Caloto -Enero de 2004 – Julio de 2005-.

No.	Enfermedades ¹²²	Edad en años					No. casos	%
		< 5	5-14	15-45	45-60	>60		
1	Factores que afectan el estado sanitario	49	45	30	1	3	128	24.2
2	Enfermedades Infecciosas y parasitarias	46	31	28	4	9	127	24.0
3	Enfermedades del aparato respiratorio	19	14	13	5	14	65	12.3
4	Enfermedades del sistema genitourinario		1	39	4	3	47	8.90
5	Enfermedades del sistema digestivo	1	12	18	6	4	41	7.76
6	Enfermedades de la piel	3	9	8	1	1	22	4.16
7	Enfermedades del sistema nervioso central y de los órganos sensoriales	-	3	16	2	-	21	3.97
8	Enfermedades del aparato locomotor	-	1	11	7	1	20	3.78
9	Enfermedades de los sentidos	-	6	9	2	1	18	3.40
10	Síntomas y observaciones clínicas o de laboratorio anormales no clasificadas en otra parte.	3	4	7	1	2	17	3.21
11	Enfermedades de la sangre y sistema inmunológico	-	-	5	-	-	5	0.94
12	Enfermedades endocrinas	-	-	-	-	3	3	0.56
13	Caídas golpes y accidentes diversos	1	1	1	-	-	3	0.54
14	Efectos secundarios	-	-	1	-	-	1	0.18
Total		122	127	190	33	48	528	100

Fuente : Estadísticas del Hospital de Belalcazar

Tabla No. 22 Motivo de consulta a la red institucional de salud Tóez-Tierradentro -Agosto 2004, Julio de 2005-

No.	Enfermedades	Edad en años					No. casos	%
		< 5	5-14	15-45	45-60	>60		
1	Enfermedades del aparato respiratorio	3	9	-	1	1	14	25
2	Síntomas y observaciones clínicas o de laboratorio anormales, no clasificadas en otra parte.	3	2	3	1	2	11	20
3	Enfermedades infecciosas y parasitarias	2	5	1	-	1	9	17
4	Enfermedades de la piel	2	1	4	-	-	7	14
5	Factores que afectan el estado sanitario	-	-	2	1	1	4	9.
6	Enfermedades del aparato locomotor	-	-	5	-	-	5	6.
7	Enfermedades del sistema genitourinario	-	-	1	1	-	2	3.
8	Enfermedades del sistema digestivo	-	1	1	-	-	2	3.
9	Enfermedades de los sentidos	-	-	-	1	-	1	1.5
10	Caídas golpes y accidentes diversos	10	1	-	-	-	1	1.5
Total			19	17	5	5	56	100

Fuente : Estadísticas del Hospital de Belalcazar.

¹²² Según la clasificación Internacional de enfermedades <http://www.igb.es/>

Existen situaciones donde el primer paso en el itinerario es el desplazamiento directo al hospital más cercano.

(4)“Una señora de la comunidad, se fue a ordeñar la vaca por la mañana y era medio día y no regresaba, entonces como a una aquí me toca hacer de todo como promotora, vinieron los hijos muy preocupados, entonces nos fuimos a buscarla y casi no la encontramos, estaba tirada en el suelo entre la yerba medio desmayada y con heridas en la cara, había botado mucha sangre, le preguntamos que le había pasado y ella dijo que la vaca la había pateado varias veces cuando ella estaba agachada [...] le mire detenidamente y tenía una gran herida en la cabeza y una en la ceja, entonces decidimos llevarla directamente al hospital para que le cogieran puntos, allá nos regañaron por no haberla llevado antes y eso que yo soy la promotora [...] Dijeron que había que dejarla hospitalizada en observación por el golpe que había recibido en la cabeza, pero ella no quería, finalmente la convencí, pero si yo me quedaba con ella y así fue, mandé a sus hijos para la casa y yo me quedé[...] al otro día al ver que ella estaba mejor el médico del hospital dijo que se podía ir para la casa y me recordó como hacerle las curaciones para traerla en ocho días para quitarle los puntos y hacerle una valoración neurológica” (Promotora *nasa* Tóez Caloto)

Otro itinerario consiste en implementar unas primeras acciones curativas en casa antes de llevar la persona al hospital -no obstante las valoraciones históricas negativas frente a él-, en ocasiones allí termina el itinerario porque se restablece la salud, pero en otras ocasiones es un segundo eslabón de un largo recorrido como el que se narrará a continuación:

(5)“Mi hija de 16 años en el mes de diciembre del año pasado (2004) empezó con dolores de cabeza y calentura en el cuerpo con mucha fiebre, y vómitos. Yo le hice tratamiento con plantas, agua de limón, poleo, aguas frescas, cataplasmas de verbena con vino blanco. El dolor se mermó y la fiebre también, pero él vómito siguió. La niña continuó mal, entonces la llevé por la noche al hospital de Caloto, y el médico que la miró dijo que era el comienzo de una migraña. Las enfermeras le aplicaron dos ampollas de Voltaren algo para el vomito, y para el dolor le formularon otras inyecciones, y el dolor logró calmar por dos días. [...] pero ella enfermó

nuevamente y continuó en medio del desespero y dolores. [...] La llevamos al médico tradicional de Tóez Caloto. El médico primero envió plantas para el tratamiento y luego el mismo hizo el tratamiento, el *tʰëʷ wala* trabajó con la enferma y ella estuvo bien durante cuatro días y nuevamente los dolores comenzaron a atacar. [...] después la llevamos por recomendación de una vecina donde una curandera que también es vidente allá en Santander, y después de concentrarse frente a ella le hizo tratamiento con oraciones masajes y baños con yerbas, como resultado la niña estuvo 15 días bien. [...] llamamos a un *tʰëʷ wala* de Toribio, el vino y se sentó dos noches, hizo la limpieza al sucio, que había que coger candelillas, no llegaron pero el baño lo hizo en la quebrada. Como resultado ya se sintió mucho mejor con este trabajo, ya que él médico era de mucha experiencia y recorrido. [...] sin embargo siguió con síntomas todavía; como mi esposo tenía que trabajar y yo también, le recomendamos la hija a la promotora. Ella al ver que nuestra hija seguía mal la llevó directamente al Hospital de Popayán Susana López donde le hicieron exámenes de laboratorio de sangre, materia fecal y orina. [...] los resultados de los exámenes mostraron amebiasis, infección de orina por bacteria, anemia, etc. Con éste tratamiento finalmente se mejoró la salud.” (voz de mujer *nasa*)

El programa de salud de la organización indígena es demandado por los *Nasa* según la misma clasificación de enfermedades de los cuadros anteriores, y ante la confianza que infunde la médica que los atiende, con frecuencia logra convencerlos para que reciban tratamientos bien sea de terapia neural, homeopatía o medicina biológica; en el siguiente ítem se precisarán los casos en que este programa es requerido, así como las enfermedades en que se reciben tratamientos alternativos.

7.1.2.2. A otros saberes y prácticas.

Las personas que visitan los curanderos proceden del núcleo urbano de Santander de Quilichao y de sus zonas rurales, también de otras poblaciones mestizas aledañas como Caloto y Mondomo, poblaciones negras como Puerto Tejada y Buenos Aires, y de los resguardos indígenas *nasa* de Tóez-Caloto, Toribío, Munchique y Huellas.

La gente de otros municipios y zonas rurales aprovechan los días de mercado los miércoles y sábados para consultar a los curanderos, mientras tanto, la población urbana de la localidad lo hace los días de semana, con preferencia por los lunes, martes y jueves.

Un mayor predominio de las mujeres se observa en las salas de espera de los consultorios de los curanderos, dejando en evidencia aquella costumbre que encarga a las madres de los problemas relacionados con la salud -muy generalizada en los hogares-. En menor proporción los padres también consultan, ya sea por sus enfermedades, o para llevar remedios a sus parientes.

Se observó que la población entre uno a seis años y de veintiocho años en adelante era la que con mayor frecuencia utilizaba estos servicios. Cuando se trataba de pacientes jóvenes de ambos sexos, casi siempre eran acompañados de sus padres, y estos generalmente relataban con mayor confianza los problemas o dolencias de sus hijos.

Los usuarios de los curanderos tienen diversas ocupaciones, destacándose en primer lugar las amas de casa, luego los agricultores, indígenas, comerciantes y obreros, y en menor proporción estudiantes, artesanos, y algunos desempleados. Los curanderos afirmaron que atendían a personas de diferentes estratos sociales y económicos; a ellos acudían personas que aparentaban pertenecer a estratos socioeconómicos bajo, medio y alto, con diferentes escolaridades, desde analfabetas, con primaria completa e incompleta, bachilleres y unos pocos universitarios.

En diez semanas de encuentro con personas *nasa* en las salas de espera de los consultorios de los curanderos, 53 personas admitieron contactos más familiares y diálogos que -entre otros aspectos ya relatados y otros que se presentarán-, posibilitaron conocer las razones de su estadía allí, que se agrupan en la siguiente tabla No.23

Tabla No. 23 Razones de los *nasa* para buscar atención en los curanderos.

Orden	Razones	Frecuencia	Porcentaje
1	"Los remedios del hospital no le aprovecharon"	15	28.3
2	"Son enfermedades que el <i>t^hē[?] wala</i> no las cura"	10	18.9
3	"Miedo de ir al hospital"	8	15.0
4	"Los curanderos curan las enfermedades de por acá"	6	11.3
5	"No encontró turno en el hospital"	5	9.4
6	"por recomendaciones de los mestizos"	4	7.5
7	"Los curanderos también son buenos"	3	5.6
8	"No es enfermedad grave"	1	1.9
9	"Mucha droga es mala"	1	1.9
		53	99.8%

Fuente: Ficha de pacientes en las salas de espera de los curanderos.

Las personas que buscaron ayuda en los curanderos lo hicieron porque el tratamiento por el médico académico no les hizo provecho -28.3%-, en coherencia con la falta de éxito del *t^hē[?] wala* -18.9%- y el temor de ir al hospital -15.0%-.

Tabla No. 24 Enfermedades, según denominación de los *nasa*, donde los remedios del hospital no aprovecharon, y orden de posterior secuencia en el itinerario.

Enfermedades	Saber <i>nasa</i>						Sistema médico Facultativo		Programa mixto Organización. Indígena			Sistema médico popular			
	ST	TW	TB	Y	P	S	E	M	PR	M	MA	CN	K	C	CM
Alergia	1	2						2			2		3		
Artritis por frío	1	2						2			2	3			
Asma	1			2				2			3				3
Debilidad Gral.	1							2	2		2			3	
Eczemas	1	2						2				3			
Enf. de la matriz			1					2							
Epilepsia		1						2					3		
Granos		1						2				3			
Inf. Renal	1							2							3
Lumbalgias	1							2							3

Continúa...

Enfermedades	Saber <i>nasa</i>						Sistema médico Facultativo		Programa mixto Organización. Indígena			Sistema médico popular			
	ST	TW	TB	Y	P	S	E	M	PR	M	MA	CN	K	C	CM
Nervios	1							2				3		3	3
Reumatismo				1				2			3	3			
Tos ferina								2					3	3	
Trombos								1							3
Ulceras en piel		1						2			2	3	3		

Fuente: Ficha de pacientes en las salas de espera de los curanderos, complementada con la información de los talleres en comunidad

Convenciones: ST: saber de todos, TW: *tʰeʷ wala*, TB: *tut, mbaʰisa*, Y: yerbatero, P: pulseador, S: sobandero, E: enfermera, M: médico, PR: promotora, MA: médico alternativo, CN: curandero negro, K: Kamentza, C: curandera, CM: curandera mestiza. 1= primer paso, 2= segundo paso, 3= tercer paso, 4= cuarto paso.

Las anteriores enfermedades pasaron del saber *nasa* a la medicina académica, pero ante la falta de recuperación de la salud en esta segunda instancia se optó por otros recursos curativos del saber médico popular. Llama la atención el hecho que algunos de los males referenciados hayan tenido atención alterna entre *tʰeʷ wala*, médicos facultativos y medicinas alternativas, como en el caso de las alergias, artritis por frío, y debilidad general, para luego pasar al ámbito del sistema médico popular, donde se afirmó después por los pacientes que habían logrado cierta mejoría. El asma y el reumatismo también fueron atendidos por la medicina alternativa antes de pasar a los curanderos.

Tabla No. 25 Enfermedades, según denominación de los *nasa*, que el *tʰeʷ wala* no cura, y orden de posterior secuencia en el itinerario.

Enfermedades	Saber <i>nasa</i>						Sistema médico Facultativo		Programa mixto Organización. Indígena			Sistema médico popular			
	ST	TW	TB	Y	P	S	E	M	PR	M	MA	CN	K	C	CM
Anemia	1							2	1	2		3			3
Dengue	1							2	1	2		2			3
Desnutrición	1							2	1	2					2
Diabetes	1							2	1	2	2				
Fiebre Tifoidea		1						2		2					

Continúa...

Hongos				1						2				3	
Infl. de riñones	1								2		2				2
Mala circulación	1									2					
Maleficios		1										2	2		
Tuberculosis		1							2		2		2		2

Fuente: Ficha de pacientes en las salas de espera de los curanderos, complementada con la información de los talleres en comunidad

Convenciones: ST: saber de todos, TW: *tʰěʔ wala*, TB: *tut, mbaʰisa*, Y: yerbatero, P: pulseador, S: sobandero, E: enfermera, M: médico, PR: promotora, MA: médico alternativo, CN: curandero negro, K: Kamentza, C: curandera, CM: curandera mestiza. 1= primer paso, 2= segundo paso, 3= tercer paso, 4= cuarto paso

En otras ocasiones antes de tomar otras decisiones que involucran otras prácticas médicas diferentes al saber *nasa*, el *tʰěʔ wala* agota todas las posibilidades de su práctica. Son las señas y no tanto los síntomas, las que definen si una enfermedad debe ser tratada por otra medicina. En Tóez Tierradentro el *tʰěʔ wala* sin embargo sigue tratando a la persona enferma pero mediante el procedimiento de soplos con plantas medicinales, tabaco y aguardiente, porque es incorrecto dar a tomar bebidas de plantas medicinales cuando se consumen fármacos, por eso dicen: “pero por encima, soplando”.

Hay patologías y manifestaciones orgánicas en la mujer que son de clara especialidad de la *tut, mbaʰisa* como las de la tabla No.26, a la cual acuden directamente, pero ante la ausencia de éxito prefieren buscar otros saberes diferentes al académico por el gran temor de ir al hospital. Así lo hizo el 15% de las mujeres que prefirieron buscar a las curanderas.

Tabla No. 26 Síntomas, según denominación de los *nasa*, por los cuales se resisten ir al hospital, y orden de posterior secuencia en el itinerario.

Enfermedades	Saber <i>nasa</i>						Sistema médico Facultativo		Programa mixto Organización. Indígena			Sistema médico popular			
	ST	TW	TB	Y	P	S	E	M	PR	M	MA	CN	K	C	CM
Cólicos			1						1					2	2
Col. menstruales	1								1					2	
Dolor cintura				1										2	
Dolor de parto			1						1					2	2

Continúa...

Enf del corazón	1								1				2	2
Flujo blanco			1					1		1			2	2
Hemorragias			1					1		1			2	2
Presión alta	1							1						2

Fuente: Ficha de pacientes en las salas de espera de los curanderos, complementada con la información de los talleres en comunidad

Convenciones: ST: saber de todos, TW: *tʰéʷ wala*, TB: *tut, mbaʰisa*, Y: yerbatero, P: pulseador, S: sobandero, E: enfermera, M: médico, PR: promotora, MA: médico alternativo, CN: curandero negro, K : Kamentza, C: curandera, CM: curandera mestiza. 1= primer paso, 2= segundo paso, 3= tercer paso, 4= cuarto paso

(6)“Una de las señoras de Tóez Caloto presentó gran hemorragia, por frío en la matriz según la *tut, mbaʰisa* a donde fue primero, ella le mandó plantas calientes, pero la hemorragia no paró, entonces yo le recomendé que fuera al hospital y ese fue el compromiso porque yo no la podía acompañar. Estuve pendiente de su llegada a la comunidad por la tarde para saber como le había ido, y para mí fue mucha la sorpresa porque en vez de ir al hospital fue a buscar a una de las curanderas de Santander. [...] ella me dijo que cuando iba llegando al hospital se asustó por todo lo que dicen, que allá las hacen desvestir, las tocan, les meten la mano a la vergüenza -a la vagina-, y se asustó y prefirió ir donde la curandera. Ella le ha preguntado que cuantos hijos ha tenido, sobre lo cuidados en los embarazos, los partos y las dietas, y le ha dicho que esa hemorragia es producida por los disparates que ella hace y por no cuidarse, le hizo muchas recomendaciones y también le mandó plantas medicinales que aquí reconocimos como calientes, y se hizo los baños con plantas y recibió los vapores de frente a la vagina [...] la señora me cuenta que ha mejorado, pero que tiene muchos cólicos antes de menstruar[...] yo pienso que la señora sufre de mucho frío a pesar del clima caliente en que estamos. (voz de *tut, mbaʰisa*)

En los estados delicados de la mujer, -menstruación, embarazo, parto y puerperio- vistos como eventos sociales por el grupo, es donde el saber *nasa* se mantiene más fuerte (ver *tʰame* ~ vergüenza: 4.3.4), hay una mayor disposición del sexo femenino hacia la medicina tradicional, la tabla evidencia como los males asociados a estos estados, en la mayoría de las veces se saltan el hospital pasando de la promotora y *tut, mbaʰisa* directamente a las curanderas del sistema médico popular.

(7)“Yo prefiero tener mis hijos aquí en mi casa, aquí han nacido los tres que tengo, me ha atendido la partera y gracias a Dios nada me ha pasado hasta ahora; eso en los puestos de salud o en los hospitales dizque lo martirizan a uno mucho, además que apenas nace el bebito lo levantan dizque a bañarse con agua fría y eso es malo, después son las consecuencias, uno joven pues no siente nada, pero más allá es el problema, uno en su casa está mejor con más confianza, para eso la *tut*, *mba^hisa* es vieja en ese oficio”. (voz de mujer *nasa* Tóez-Caloto)

Pero una joven de 18 años decía:

(8)“Yo preferiría que me llevaran al centro de salud o a un hospital, allá hay mejores condiciones de higiene, se corre menos riesgo en caso que el bebé no pueda nacer, además que pena que una misma persona de la vereda lo atienda, que vergüenza para verlo después, en el hospital siquiera no lo conocen a uno”.(voz de mujer *nasa* Tóez-Caloto)

Por otra parte, hay un reconocimiento a los curanderos de la región que conocen las enfermedades nuevas para los *nasa* y que denominan “ [...]enfermedades de por acá”-11.3%-. Se inicia la influencia de la población vecina no indígena al incidir en las decisiones de adonde acudir en caso de enfermedad -7.5%-, que se acepta cuando no se encuentra turno en el hospital -3.8%-, y además porque se reconoce que los curanderos “[...] también son buenos”-5.6%-.

En la categoría de ser buenos, también se encontraron afirmaciones que hacían alusión a la fe por su fama. En las salas de espera se escuchaban conversaciones alusivas a la interacción paciente-curandero, donde se resaltaban la confianza, las cualidades de amabilidad, sencillez, carisma, y la seguridad en sus diagnósticos y tratamientos, así como experiencias que relataban el acierto con los remedios al surtir los efectos deseados y esperados para calmar sus dolencias.

Tabla No. 27 Enfermedades de por “acá” según la denominación de los *nasa*, y orden de secuencia en el itinerario

Enfermedades de por “acá”	Saber <i>nasa</i>						Sistema médico Facultativo		Programa mixto Organización. Indígena			Sistema médico popular			
	ST	TW	TB	Y	P	S	E	M	PR	M	MA	CN	K	C	CM
Artritis por calor				1				2			2		2		2
Crisis nerviosas		1			1							2	2		
Enf. del hígado	1								1						3
Paludismo								2	1	2		3	3	3	
Paperas	1								1		1	2	2		2
Mal de ojo		1										2		2	2

Fuente: Ficha de pacientes en las salas de espera de los curanderos, complementada con la información de los talleres en comunidad

Convenciones: ST: saber de todos, TW: *tʰeʔ wala*, TB: *tut, baʰisa*, Y: yerbatero, P: pulseador, S: sobandero, E: enfermera, M: médico, PR: promotora, MA: médico alternativo, CN: curandero negro, K: Kamentza, C: curandera, CM: curandera mestiza. 1= primer paso, 2= segundo paso, 3= tercer paso, 4= cuarto paso

11.3% de las personas entrevistadas en los consultorios de los curanderos acudieron a otros saberes por fuera del saber *nasa*, después de haber recurrido “al saber de todos”, por considerar que las enfermedades no eran propias y eran de por “acá” de la región plana y caliente de Caloto.

(9) “Estuve en el Mercado en Santander con mi hijo de 7 años, y al poco tiempo de estar en la casa el niño empezó con diarrea y vomito, yo le hice y le di suero casero y le preparé infusiones con hojas de yerbabuena, pero el niño no mejoró, lo llevé donde el yerbatero y lo vió muy grave, que mejor lo llevara al *tʰeʔ wala*. [...] el *tʰeʔ wala* lo catió y le sopló remedios con plantas medicinales, él calmó un poco, lo llevé a casa y al poco tiempo empezó nuevamente con mucha diarrea; entonces una vecina me recomendó que fuera donde un curandero porque podía ser enfermedad de negros, que podía ser el “mal de ojo” que sé lo habían pegado en el mercado. [...] no muy convencida pero con mucha preocupación busqué a la curandera en Santander, que dicen que es medio india que estuvo con indígenas del Putumayo, y apenas lo vio confirmó el mal de ojo, al mirar la cara descubrió que tenía un ojo más pequeño que el otro, yo no lo había notado, y al medirle los pies le vio un pie más largo que el otro; entonces empezó a mascar ruda mojada con aguardiente y después empezó a chupar el cuerpo del niño en la cabeza, por la coronilla, el ombligo, y chupaba y soplabla [...], me dijo que era suficiente; lo lleve a la casa y el niño siguió mejor” (voz de mujer *nasa*)

Tabla No. 28 Enfermedades, según la denominación de los *nasa*, que por no encontrar turno en el hospital, continuaron un itinerario.

Enfermedades	Saber <i>nasa</i>						Sistema médico Facultativo		Programa mixto Organización. Indígena			Sistema medico popular			
	ST	TW	TB	Y	P	S	E	M	PR	M	MA	CN	K	C	CM
Diarrea	1							2						3	3
Dolor de muela				1				2				3			3
Gripa	1							2		2			3		3
Parásitos	1			1				2	1			3	3	3	
Resfriado Bronq.	1			1				2	1		2			3	3

La crítica más fuerte que se hace a los servicios de salud institucionales, tiene que ver con los trámites a realizar, la demora en la atención, horarios y número de turnos reducidos para atender a la gente, la actitud poco amable del personal de empleados hacia los *Nasa*, además de lo conflictivo del concepto de urgencia médica, lo que para la gente es una urgencia médica, para el personal de salud no lo es, “no lo atienden a uno por urgencias, entonces para no perder el viaje y la plata buscamos atención en otros lugares”. En un 3.8% acudieron a los curanderos donde han encontrado -no obstante la espera también- un ambiente más agradable para resolver la situación que los aqueja.

Tabla No. 29 Enfermedades, según la denominación de los *Nasa*, que por recomendaciones de los mestizos, acudieron a los curanderos.

Enfermedades	Saber <i>nasa</i>						Sistema médico Facultativo		Programa mixto Organización. Indígena			Sistema medico popular			
	ST	TW	TB	Y	P	S	E	M	PR	M	MA	CN	K	C	CM
Dolor de cabeza	1											2	2	2	2
Dolor de huesos	1											2			2
Enf. del riñón	1														2
Fiebre	1								1			2	2	2	

Fuente: Ficha de pacientes en las salas de espera de los curanderos, complementada con la información de los talleres en comunidad

Convenciones: ST: saber de todos, TW: *t'è' wala*, TB: *tut, ba'isa*, Y: yerbatero, P: pulseador, S: sobandero, E: enfermera, M: médico, PR: promotora, MA: médico alternativo, CN: curandero negro, K: Kamentza, C: curandera, CM: curandera mestiza. 1= primer paso, 2= segundo paso, 3= tercer paso, 4= cuarto paso

Frente a las sintomatologías que no ceden a los cuidados del “saber de todos” y ante la dificultad de ubicarlos dentro de la clasificación de enfermedades propias y por sugerencia de los vecinos, acuden directamente a los curanderos (caso ya narrado).

Tabla No. 30 Enfermedades, según la denominación de los *Nasa*, que también pueden curar los curanderos, o que no son graves.

Enfermedades que pueden curar los curanderos	Saber <i>nasa</i>						Sistema médico Facultativo		Programa mixto Organización. Indígena			Sistema médico popular			
	ST	T W	TB	Y	P	S	E	M	PR	M	MA	C N	K	C	C M
Sarampión				1								2	2		
Dolor estomago						1						2		2	2
Enf no graves															
Dolor de espalda												2			
Bronquitis				1				2		2	3			3	

Fuente: Ficha de pacientes en las salas de espera de los curanderos, complementada con la información de los talleres en comunidad

Convenciones: ST: saber de todos, TW: *tʰeʷ wala*, TB: *tut, mbaʰisa*, Y: yerbatero, P: pulseador, S: sobandero, E: enfermera, M: médico, PR: promotora, MA: médico alternativo, CN: curandero negro, K: Kamentza, C: curandera, CM: curandera mestiza. 1= primer paso, 2= segundo paso, 3= tercer paso, 4= cuarto paso

Enfermedades que han sido tratadas por los yerbateros y sobanderos del saber *nasa* y que según ellos también pueden tratar los curanderos, y otras porque no son graves.

Una persona informó haber consumido muchos medicamentos -1.9%- en sus tratamientos hospitalarios para la bronquitis que no surtieron el efecto deseado y por tal razón buscó apoyo en la medicina alternativa; es conveniente considerar si el paciente siguió el tratamiento -como lo indicó el médico- o lo tergiversó porque no comprendió el lenguaje especializado y el médico no se percató; o si en realidad fue un tratamiento no acertado.

La promotora de salud o el agente comunitario de salud, es otro paso muy importante en el itinerario terapéutico, después de haber agotado los recursos familiares y ante la incertidumbre del mal que adolecen, porque al interior de las familias coexisten diferentes pensamientos, por ejemplo hay casos en que personas afirman que el “picao de arco” puede

ser tratado en el hospital, mientras otros afirman que no.

(10)“En Tóez Caloto, el día 19 de Mayo en la noche un niño llamado Alexander, de 5 años salió a orinar y antes de orinar vio a un señor que estaba parado en la oscuridad, y se devolvió corriendo a su casa, llegó asustado gritando desesperadamente que hasta los vecinos lo escucharon y también se asustaron pensando que lo había picado una culebra [...] acá en tierra caliente hay más culebras que donde vivíamos antes. El niño lloraba mucho y el papá le preguntó ¿qué vio? y él del susto no contestaba, y el papá regañó a la mamá por no haber acompañado al niño, finalmente el niño se calmó. Por eso a mí me llamaron al otro día, fui al otro día a ver que había pasado y hoy 20 de Mayo me di cuenta que el niño estaba con los ojos redondos y con diarrea y me fui a hablar con el pulseador. Entonces busqué al pulseador, y el vino a verlo y después de mirarlo y hablar con él, dijo que el niño estaba asustado y con los pulsos regados, el niño confirmó que había visto como a un hombre en la oscuridad y que él no distinguía quien era [...] como aquí en la comunidad todos nos conocemos. El pulseador mascó yerba alegría y con la boca le sopló los dedos de las manos, le recogió los pulsos y le hizo pulseras con plantas medicinales, ahora en la tarde que lo visité, ya estaba más calmado y no había vuelto a tener diarrea.” (voz de promotora de salud *nasa*)

Las iglesias protestantes han sido radicales en el proceso de deculturación y desarraigo del saber y prácticas curativas *nasa*, y en su propósito incorporaron el *nasa yuwe* y la capacitación de pastores pertenecientes a las mismas comunidades para introducir la ideología occidental sobre la vida, la muerte, lo bueno, lo malo, y la normalidad, todo esto enmarcado en la teoría cristiana.¹²³

La “efectividad” de los protestantes logra que la gente reniegue de la práctica médica. Todo protestante niega creer en los rituales de los *the 'wala*, pero admite el uso de las plantas, dicen que “Dios nos las dio para curarnos”, como veremos en la narración siguiente:

¹²³ Un poco más tardío el mismo método ha sido utilizado por la iglesia católica

(11)“Un día a la madrugada fui a buscar a la promotora para que nos diera droga, nuestro hijo Fabián de tres años estaba con diarrea desde dos días y no paraba con los remedios de plantas que le hemos dado, la promotora se levantó le contamos lo que pasaba y ella hay mismo buscó suero y fuimos a casa donde estaba el niño, ella preparó suero y le dio con agua de hierbabuena y le colocó ajeno en el estomago y le amarró un trapo. El calmó un poco, y la promotora se fue para su casa [...] pero esa noche la diarrea siguió, entonces me fui para Caloto a comprar un frasco de Metronidazol [...] la promotora no fue capaz de formular droga. Luego le dimos el remedio pero en todo el día el niño continuó igual. Sin embargo yo fui nuevamente a dialogar con la promotora y me dijo que si habíamos consultado con él *tʰeʷ wala*, yo le dije que no creía en esas mentiras porque yo era de otra religión y Dios no me permitía creer en brujerías, sin embargo la promotora dijo que ella iba a consultar con el *tʰeʷ wala* [...] el niño seguía muy mal, cuando llegó la promotora con unas yerbas que había recomendado el *tʰeʷ wala*, ella nos convenció a mi mujer y a mi, y como las yerbas medicinales las manda mi dios, yo me las metí a la boca las masqué bastante y cuando ya estaban bastante trituradas se las sople a mi hijo por todas partes del cuerpo. [...] el niño poco a poco se fue recuperando, nos parecía increíble. Ahora si estoy convencido de las creencias de los vecinos, y muy agradecido con la promotora por convencernos” (voz de hombre *nasa*)

Los postulados ideológicos de las iglesias evangélicas, protestantes y en general la religiosidad, riñen con los aspectos cosmogónicos de la cultura *nasa*, más no con sus terapias "empíricas" -tratamientos con yerbas únicamente-, conllevándolos gradualmente a acercarse a los tratamientos farmacológicos propios de la medicina académica; en la narración se lee el interés del padre del niño por conseguir medicamentos de farmacia. Las *tutʰ mbaʰisa*, yerbateros(as), sobanderas(os) y pulseadoras(es), son aceptadas por los evangélicos porque sus actividades se sustentan en el conocimiento y manejo de las plantas medicinales.

Sin embargo el pasado se resiste a desaparecer, sobre todo en las corrientes del inconsciente colectivo, no es raro encontrar evangélicos que relatan casos enteros sindicados de “duende”, “arco”, y otros -sucedidos a ellos-, o evangélicos que recordando alguna enfermedad persistente, se preguntan si “de pronto no sería el duende o el arco?”, aunque

añaden: "pero como nosotros no creemos en eso".

Aquí se deja perfilar una contradicción, no sólo manifiesta, sino también un conflicto psíquico. Siendo el saber *nasa* y la práctica de los *t'hë' wala* toda una estructura del pensamiento con una larga historia siempre presente, es difícil desvertebrarlo rápidamente; por eso se presentan conflictos en la dinámica de resistencia y cambio.

Los *nasa* de Tóez en su totalidad se encuentran adscritos al régimen subsidiado; y en términos económicos son más costosos los servicios de los curanderos que los servicios del hospital o del programa de salud de la organización indígena. En algunos casos muy especiales los tratamientos con los curanderos son realmente costosos, pero en promedio sus honorarios oscilan entre \$8.000 a \$ 16.000 pesos -4 a 8 dólares canadienses de noviembre/2005- incluidos los medicamentos; se podría afirmar que un menor costo económico no es un factor determinante en la decisión de la gente para ir o no al curandero.

Las personas empleadas en los hospitales coinciden en que los indígenas acuden a los curanderos "por ignorancia", desconocen los adelantos y los recursos con que cuentan las institucionales en salud. Se mantiene la inercia del discurso contradictor frente a la medicina indígena, como también lo ha sido el de la docencia, en coherencia con el proyecto moderno de expansión de Occidente de promover actividades para la normalización y homogenización.

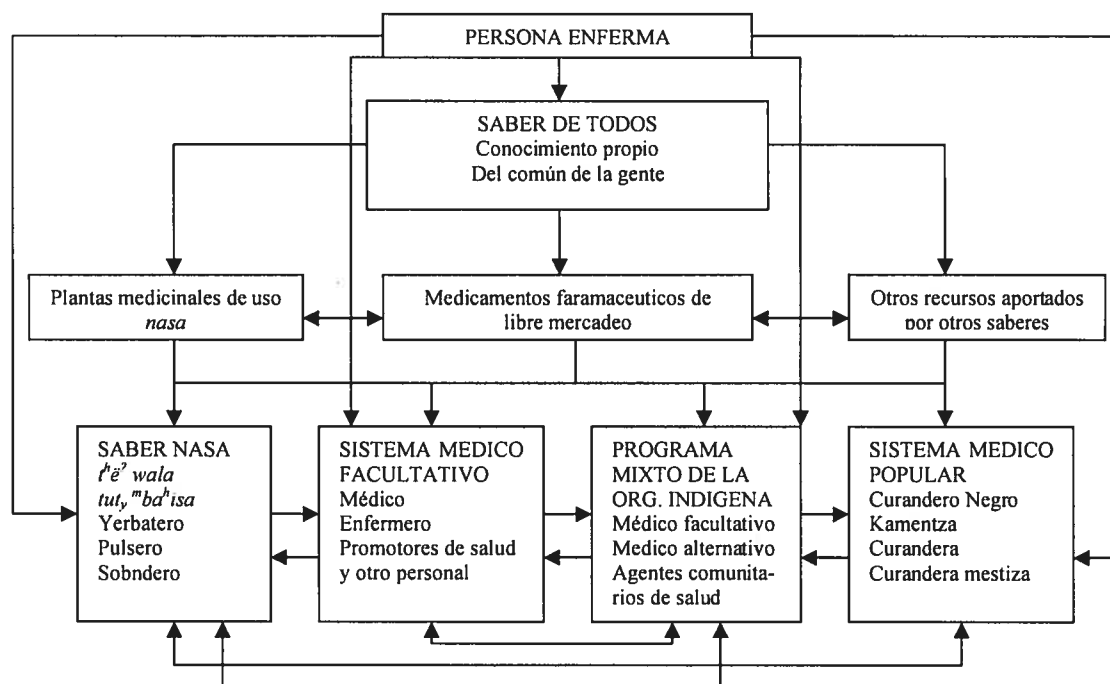
7.2. Estrategias de articulación de terapéuticas.

A través de los itinerarios terapéuticos se devela además del recorrido por los saberes, la articulación de las diferentes terapéuticas.

7.2.1. Combinación de prácticas terapéuticas al interior del saber *nasa*.

Al “saber de todos”, basado en plantas medicinales, se han adicionado medicamentos sintetizados químicamente como pastillas e inyecciones, entre otros, usándolos a manera de estrategias para reconocer las causas de las enfermedades: “cuando no se cura la diarrea con pastillas es que el niño esta asustado, entonces hay que llevarlo al “pulsero” o al “médico tradicional”; también los usan personas no especializadas para curar (hay una popularización del conocimiento especializado indígena y no indígena): “cuando tiene diarrea les hago colada de plátano y pastillas de terramicina y jarabe de [...] no me acuerdo el nombre”. Generalmente proceden así, ante la urgencia y la no-disposición de los especialistas; claro que esa popularización se constituye en el conocimiento y práctica que les permite afrontar la enfermedad en primera instancia, antes de tomar decisiones sobre que agente consultar.

Grafico No. 6 Itinerarios terapéuticos.



En la narración uno (1) se lee la combinación - al interior del saber *nasa* - de las plantas del saber de todos -ST- con el tratamiento del *t^hë[?] wala* -TW- en un episodio de enfermedad de susto que es competencia del pulsero -P- , la narración dos (2) es un ejemplo de la tarea de los *t^hë[?] wala* por la territorialización del nuevo espacio en Tóez Caloto con el propósito de encontrarle sustento significativo a la cosmovisión *nasa* que se trae desde Tierradentro sobre el proceso de salud enfermedad, la narración tres(3) evidencia el reconocimiento de diferencia de poderes y saberes entre los *t^hë[?] wala*, la narración nueve (9) da cuenta de una combinación entre prácticas del ST con las del Yerbatero -Y- y luego con las del TW, la narración diez (10) evidencia la relación ST-P mediada por la promotora.

La combinación de las prácticas terapéuticas al interior del saber *nasa* obedece a una clasificación de enfermedades que ha hecho operativo el saber a través de especializaciones que actúan en concordancia. Concordancia que es más clara en Tóez Tierradentro que en Tóez Caloto donde empieza a presentarse incertidumbre frente a ciertas patologías, sobre todo cuando la gente al contrastar las experiencias de anteriores episodios vividos se encuentran con un referente concreto nuevo que les genera libres interpretaciones.

7.2.2. Combinación por remisión de especialistas del saber *nasa* al sistema académico.

Hay procedimientos que realizan los *t^hë[?] wala* a personas con patologías que en un primer momento no son reconocidas como "venideras " como en el caso de las erupciones de la piel, las diarreas, las infecciones respiratorias, entre otra variedad, con síntomas parecidos pero con diferente historia ; y es tal la insistencia de los *t^hë[?] wala*, que han empezado a recurrir a medicamentos de farmacia para la curación de ciertas enfermedades: "cuando no oye nuestra medicina hay que dar pastilla, pero primero hay que hacer refresco porque los remedios blancos son muy calientes".

Cuando el *t'ê wala* autoriza a una persona a buscar al médico facultativo, que en ocasiones se da cuando la enfermedad esta muy avanzada, solicita a las personas que previo al uso de los medicamentos recetados por los médicos ellos deben hacer el ritual de refrescamiento, y además debe continuar proporcionando los "remedios por fuera"; es decir, a través de los baños con las plantas medicinales y "soplos".

7.2.3. Combinación de agentes y terapéuticas.

En varias experiencias se evidencia la combinación de agentes y terapeutas, en casos como la alergia, artritis por frío, debilidad general, úlceras en la piel (tabla No.24), diabetes (tabla No. 25) y artritis por calor (tabla No.27) se combinan los tratamientos de la medicina facultativa con la medicina alternativa, y en los casos de asma y reumatismo (tabla No.24) la combinación se hace entre medicina alternativa y sistema médico popular. Además de seguir los tratamientos de la medicina alternativa continúan con los medicamentos de la medicina facultativa y los tratamientos de los curanderos, las personas cuando acuden a un agente de salud después de haber asistido a otro no informan de las acciones terapéuticas de los anteriores para evitar los regaños.

Más allá de la apariencia del dato de las tablas 21 y 22 en la clasificación "factores que afectan el estado sanitario" -Tóez-Caloto 24.24% y Tóez-Tierradentro 9%-, se logró establecer que las mujeres participan del control del embarazo de los programas institucionales con sus procedimientos y apoyos terapéuticos que son complementados con las "sobadas" de las *tut, mba'isa*, para recibir luego el hijo en casa; después se vuelve a la institución con el niño recién nacido -cuando las restricciones culturales por su condición lo permiten-, para los controles de crecimiento y desarrollo, que después son apoyados por el saber de todos.

7.2.4. Combinación de prácticas terapéuticas con predominio del saber *nasa* y del sistema médico popular.

La combinación más frecuente entre estas terapéuticas se presenta alrededor de los síntomas asociados a los estados delicados de la mujer como lo muestra la tabla No. 26, y la narración No. 6; y a síntomas muy inespecíficos como los que se indican en la tabla No. 29 y los síntomas y enfermedades de la tabla No. 30.

Aunque en esta última es importante resaltar como el inconfundible "sarampión" que en otro tiempo fue muy frecuente, ahora se mantiene como denominación para un conjunto de lesiones cutáneas que podrían incluir la varicela, herpes, salpullidos o dermatitis por contacto, y donde se combinan variedad de terapéuticas.

7.2.5. Enfermedades de la clasificación *nasa* que caen en la órbita de los médicos académicos

Mientras que para el médico del hospital, determinados síntomas y signos corresponden a una enfermedad que hace parte de las patologías de la piel, para el *t'h'wala* esos síntomas y signos -que semiológicamente son diferentes- corresponden a una enfermedad de las clasificadas como arco. Más aún, existe la certeza cultural que esas patologías no son de la competencia de la medicina blanca.

Cuando no hay éxito con la medicina académica, a la cual se acudió porque era un recurso más a la mano, o porque las personas negaron su saber *nasa* -evangélicas o no- y deciden acudir directamente a ella, empiezan a sospechar de la importancia del saber propio; allí se pone de presente cómo enfermedades como el "picao de arco", "diarrea por susto", y otras sintomatologías de las enfermedades propias se trataron inicialmente por el

saber médico facultativo. Es una experiencia que en un primer momento niega el saber propio, pero en otro posterior lo fortalece por el buen resultado que se alcanza al final.

Se considera también que aquellas enfermedades que en un primer momento no obedecen a la medicina académica -cuando se recurre a ella en primera instancia-, son clasificadas como maleficios, recurriéndose a los *tʰeʷ wala* a fin de lograr su curación; es decir, inicialmente hay una entrega a la medicina facultativa para luego regresar a la medicina tradicional. El enfermo, si quiere curarse, debe reencontrarse con su cultura e inherente normatividad que lo circunscribe, cumpliendo así enfermedad y *tʰeʷ wala* el rol de control social.

7.2.6. Combinación de tratamientos a partir de la resignificación de la enfermedad en el saber de todos.

Aquella afirmación de un *tʰeʷ wala* que plantea que cuando "no oye la medicina propia" hay que utilizar remedios de farmacia, es uno de los postulados importantes en el seno de la cultura que lleva a la resignificación de síntomas y enfermedades, presentándose dos situaciones muy significativas; cuando usan la crema de gamabenceno para la supuesta escabiosis que no se cura, la medicina académica no funciona, pero cuando se usa el suero de rehidratación oral para una supuesta diarrea por arco y si funciona entonces se valora positivamente; de tal manera que en ese juego de ensayo y error y de redes comunicativas informales entre las personas donde se comparten las experiencias vividas, empiezan a combinarse y construirse tratamientos que en unos casos favorecen y en otros no, a ello ha contribuido de una manera el proceso de medicalización de la enfermedad por parte de la medicina académica, que promueve la automedicación al seno del saber de todos.

7.2.7. Resignificación de la enfermedad orgánica en un campo no orgánico.

Una diarrea por poliparasitismo puede ser interpretada por los *nasa* como producida por el "enojo del duende", la pérdida de peso en la persona por malnutrición puede ser interpretada como "mal de ojo secador", las úlceras en la piel por el "picado de arco", entre otras. Interpretaciones que son posibles, porque como lo veíamos, para los *nasa* los síntomas no son rígidos, estáticos, y tampoco son los que definen la identificación dentro de sus clasificaciones. Ésta se rige más por la relación cultural, por el orden simbólico, por la relaciones míticas, que como ya se reseñó para Tóez Caloto se encuentran en crisis por su ubicación un sustrato espacial donde apenas empieza a tener asiento una cosmovisión construida en un espacio de donde se viene y con otras experiencias de vida.

En algunos casos podrían coincidir algunos síntomas o manifestaciones orgánicas, pero no la etiología, por ejemplo: en los casos de diarrea, mientras para la medicina académica pudo haber sido producida por bacterias, virus o infecciones, para la cultura *nasa* puede ser por trueno, duende, sereno, frío o calor, y es sobre la correlación de síntoma -como expresión del mal- y la etiología -como concepción-, donde se comprende el tipo de enfermedad y se resuelven los pasos a seguir en cuanto al tratamiento, manteniéndose las relaciones diferenciales.

7.2.8. Técnica de adivinación del dominio simbólico en el manejo de la enfermedad.

Tradicionalmente los *t^he' wala*, deben averiguar -adivinar- en casos de maleficio o mal puesto para poder definir las estrategias para sacar el sucio o *p^htaⁿz*; es la idea de cuerpo extraño dentro del organismo y es necesario identificarlo para sacarlo, así como hay que identificar quien lo introdujo y por qué para realizar los rituales de control acertados. La introducción directa o simbólica de cuerpos extraños producen sintomatologías y

comportamientos muy variados en los individuos, de tal manera que puede producir permanentes dolores de cabeza, fiebres, "enflaquecimiento", manchas en la cara, y donde se puede pasar de gran fortaleza física a gran debilidad.

7.3. Percepción de los *nasa* sobre la eficacia de los saberes y las prácticas curativas

En el acercamiento a la percepción entre los *Nasa*, también se propuso en la encuesta una pregunta que bajo los parámetros -buena, más o menos buena y menos buena- preguntara por la calidad de la atención recibida de parte de sus especialistas, los curanderos, el personal del programa de salud de la organización indígena y el de las instituciones de salud; pregunta que produjo una productiva confusión entre calidad de atención y éxito en el tratamiento, y generó importantes anotaciones al margen de la encuesta que ayudaron a visualizar la relatividad del pensamiento *nasa* en relación con el mundo exterior y la diversidad de saberes, como veremos en este numeral; la información cuantitativa se presenta en la tabla No. 31

Tabla No. 31 Parámetros de calidad de la atención de los saberes y prácticas curativas

Parámetros	Saberes y practicas curativas							
	Saber <i>nasa</i>		Curanderos		Programa Org. Indígena.		Instituciones de salud	
	Tóez	T/adentro	Tóez	T/adentro	Tóez	T/adentro	Tóez	T/adentro
Buena	69%	82%	68%	0	72.5 %	-	70.8 %	72%
Más o menos buena	21%	14%	16%	0	21.5 %	-	17.3 %	19%
Menos buena	10%	4%	7%	0	6.0%	-	11.0 %	9%
No responde	0	0	9%	0	0	100%	2.0%	0

Fuente: Encuesta realizada a la comunidad.

“Sí el *t^hē?* wala da con una enfermedad que conoce, es bueno; pero si su conocimiento no es mucho, le va regular; y si es una enfermedad desconocida le va menos bien”, prima el

criterio de saber y poder, se es bueno cuando se sabe y se puede, y allí encuentra cabida la afirmación: “el conocimiento alcanza más para unas enfermedades que para otras”; éste parece ser el criterio que tuvieron en cuenta para la alta calificación que le dieron a los saberes y prácticas curativas; otros fueron los comentarios para la calidad del encuentro persona enferma-agente de salud cuando se relacionaron en un proceso terapéutico, y con especial énfasis en la medicina facultativa.

Los médicos del hospital son “menos buenos para curar el mal de arco, lo mismo que los curanderos de Santander de Quilichao”, pero “los médicos del hospital son muy buenos para rajar -hacer cirugías- y tratar las enfermedades venideras”, “los médicos del programa de salud de la organización indígena son muy buenos para no utilizar drogas y para quitar el dolor con chuzones”, y los “curanderos son buenos para curar el mal de ojo que es de por acá”; esto demuestra como a través de un mayor contacto en un contexto de comunicación intercultural entre universos simbólicos diferenciados sobre el cuerpo, la salud y la enfermedad, se amplían las posibilidades de la gente para resolver sus problemas de enfermedad.

En Tierradentro el saber *nasa* tiene un gran reconocimiento -82%- en relación con Tóez donde su reconocimiento es del -69%-, en Tóez el conocimiento *nasa* va de más o menos bueno -21%-, porque “hay menos poder en los médicos por ausencia de espacios sagrados” en el nuevo territorio, porque “los jóvenes ya no creen, no respetan”, porque “los *nasa* no seguimos las normas que teníamos en Tierradentro”, “porque las enfermedades parecen las mismas, pero son diferentes”, en un 10% no son buenos porque “se dedicaron a hacer brujerías”, y “no trabajan bien”; se mantiene el desconocimiento por parte de las personas de las iglesias evangélicas, que solo valoran la práctica de las plantas medicinales.

En Tóez Tierradentro están presentes los especialistas de su saber *nasa*, y sus itinerarios terapéuticos se dan entre estos y el personal de las instituciones de salud, no hay curanderos

y no se me informó que hayan salido en su búsqueda -aunque tengo mis dudas-, mientras que en Tóez-Caloto las calificaciones de más o menos bueno -16%- y menos bueno -7%- para los curanderos tiene que ver con los resultados en sus tratamientos; algunos pacientes tuvieron que regresar nuevamente al saber *nasa* y otros a buscar los servicios de los médicos de las instituciones de salud como se ha leído en las narraciones y se ve en los cuadros de los itinerarios.

Existe un importante reconocimiento al programa de la organización Indígena -72.5%- que se fundamenta en la confianza que los *Nasa* le tienen por pertenecer a su organización, y por el esfuerzo que hace el personal indígena y no indígena que allí trabaja por garantizar una buena comunicación. Confianza que ha permitido que poco a poco se hayan introducido las terapias de las medicinas alternativas, las cuales son muy valoradas por el éxito en controlar los dolores a través de terapia con agujas sin necesidad de medicamentos; las valoraciones de más o menos buena -21.5%- y menos buena -6%-, hacen especial referencia a la poca cobertura que se tiene y a la incapacidad de resolver problemas complicados que deben remitir a niveles más especializados de atención. En Tierradentro dicho programa desarrolla una actividad muy importante en el ámbito educativo, donde lo asistencial no se realiza.

Hay una valoración muy importante hacia la medicina académica por su eficacia cuando trata las enfermedades consideradas como “venideras”, y sus calificaciones de más o menos buena o menos buena en ambos territorios del resguardo tienen que ver con la comunicación que se establece en la relación persona *nasa* enferma-médico donde salen a relucir actitudes conflictivas que se han ido gestando de forma silenciosa.

Si se piensa en la comunicación médico-paciente - verdadera comunicación -, con todos los elementos que la configuran como el lenguaje oral, el lenguaje de los objetos, el lenguaje de los fármacos, lenguaje de las yerbas, el lenguaje de los rituales, etc.. que se entrelazan

vehiculizando un sentido y configurando la eficacia simbólica que requiere todo proceso terapéutico; vale la pena detenemos en los elementos conflictivos que hacen difícil la comunicación, porque si los miramos al contrario de lo que sucede, seguro se constituyen en los factores de éxito y de eficacia de los diferentes saberes. (ya en el desarrollo de los capítulos cuatro y cinco se hacían referencias a relaciones conflictivas) :

Viven un sentimiento de discriminación: "Hay mas confianza para ir donde el *t^hé² waka*, porque el del hospital siempre esta viendo al indígena mal visto; él siempre esta viendo al tradicional como feo; uno se siente como acomplejado, inferior cuando va al hospital donde todo es limpio"

Dominación lingüística: "Uno no sabe hablar entonces se siente mal, hay partes en que no entendemos". Aunque es poca la comunicación entre médico-paciente, las preguntas que el primero le hace al segundo, muchas veces no son entendibles; y aquí no solo actúa lo lingüístico como tal, pues el temor o la prevención del paciente aumenta el bloqueo en la comunicación.

Existe la prevención del regaño: "¿por qué no fuimos a llevar pronto -al enfermo-? , ¿por qué no fuimos rápido ?". En la región, una de las cuestiones que más disgusta a los médicos es, según estos, que la gente los busca a última hora, disgusto que al mismo tiempo actúa como prevención para los indígenas y por eso el temor de llegar al hospital.

La presentación personal: "Uno no se siente bien yendo donde el médico oficial puesto que tendría que ir cachaco, bien vestido; así vive el oficial, limpio, oliendo a bueno, mientras que el tradicional siempre huele a humo" -se rien los presentes-. Algunos dicen que yo como estoy sucio para que voy. Aquí no es tanto el concepto de limpieza el que está actuando, es más la ideología del "buen vestido", en la sociedad de consumo uno de los signos de distinción que más trabaja el comercio, es el vestido.

La comunicación corporal: "Una vez una mujer *nasa* llevó un niño con unas manillas de yerba alegría para el control de los pulsos. El médico le preguntó que para que era eso. Al responder la indígena, el médico hizo pucheros [...] Entonces así como puede haber buen entendimiento". Obsérvese que el médico no emitió palabra, solo "hizo pucheros".

Algunos no van donde el médico porque "les da pena, porque los pellizcan o le echan mano". "Los hombres se ponen celosos porque las mujeres van allá a que los médicos las toquen", en estas sociedades, parece que la comunicacion corporal tiene mucho peso, por eso es necesario que un médico u otra persona les hable para comunicárles algo. Y así como la comunicacion puede darse de una forma consciente (el ejemplo de los pucheros, es claro), también se puede gestar de una manera inconsciente sin que el médico se lo proponga.

Otra puede ser la diferencia de significados: ya que los *t^hë' wala* no tocan a sus pacientes, los *nasa* no entienden mucho porqué los médicos tocan tanto. Además no parece que en la cultura *nasa* se acostumbre a tocar el cuerpo; o por lo menos se hace en otras instancias y con otros significados.

CAPITULO 8

De una eficacia simbólica a una eficaz abertura sociocultural

A través de la cosmovision y salud se pretende de manera resumida estructurar el contenido del saber y prácticas curativas *nasa*, para luego buscar una aproximación a las lógicas de los rituales curativos que ofician más como terapéuticas culturales donde el cuerpo humano y el territorio se constituyen en el eje fundamental de la normatividad que como una ética rige las relaciones entre los individuos y de éstos con el medio ambiente en términos de equilibrio y bienestar. Luego se evidencia como, a pesar de los constreñimientos territoriales y las condiciones de indigencia y pobreza, se siguen manteniendo las representaciones culturales y la cosmovision como una filosofía étnica por la cual se lucha, que de tener correspondencia real con un territorio disponible o requerido no existiría el nivel de pobreza y los niveles de vida que poseen. En ésta lucha, la abertura social a los aportes de la heterogeneidad cultural es de gran trascendencia ante los límites y posibilidades de los saberes propios, siendo más eficaz la abertura sociocultural que la eficacia simbólica de los saberes y prácticas médicas.

8.1. Cosmovision y salud.

El saber y prácticas curativas *Nasa* se sustenta en una propia concepción del cuerpo humano, con su anatomía y fisiología, en un contexto ecosistémico, económico, social, e histórico. Posee un sistema clasificatorio de enfermedades en consecuencia con las determinadas especializaciones del conocimiento, al igual que las técnicas de tratamiento con sus respectivos recursos. Y asegurando la coherencia de todos sus elementos constitutivos, se encuentra la cosmovisión, a la manera de una teoría implícita, que cubre desde el mito hasta la práctica más trivial.

La relación de los *Nasa* con su cuerpo, su salud y su enfermedad es inseparable del orden social que lo constituye. No consideran a la enfermedad y la salud sólo como condiciones somáticas de una persona; sus experiencias, preconceptos y representaciones respecto a ellas se relacionan con los fenómenos sociales y culturales, y aunque están afectados por la vinculación que se tiene con los saberes y prácticas curativas o sistemas médicos, no dependen sólo de ellos.

Su concepción y sus conceptos inherentes forman parte del entramado dinámico en el que se desarrolla el *nasa* y su sociedad, y difícilmente podría ser valorada e interpretada mediante la lógica de la institución médica; la enfermedad y la curación son construcciones históricas y forman parte de una cosmovisión (Herzlich y Fierre, 1985 citado por Douglas, 1988). Por lo tanto, como lo afirman varios autores, la relación salud-enfermedad es una forma de manifestarse la vida, el movimiento de reproducción, el cambio de los hombres y de las sociedades; y para lograr una aproximación a ella, fue necesario considerar el carácter histórico de los fenómenos sociales.

El cuerpo humano es entendido como naturaleza viviente dentro de la naturaleza viviente; concepción que ha sido evidenciada a través de dos vías (epistemológicamente emparentadas) lengua e historia, cuya síntesis es lengua-cultura. Es así, como la íntima relación hombre-naturaleza se expresa mediante los elementos lexicales que nominan las partes del cuerpo; recordemos unos ejemplos:

k^hat_y en el cuerpo humano *nasa*, es la "piel", en el árbol es la "corteza" y en el huevo es la "cáscara". *wat_se / wet_se* es en el árbol, lo que corresponde a la "raíz", en el cuerpo humano es equivalente a "tendón". *"d_yit* en el cuerpo humano es "hueso" y en el maíz tierno corresponde al "tallo".

Existen otras correspondencias léxicas que dan cuenta de la relación del cuerpo humano con su medio ambiente natural (los páramos, las lagunas, el río, el sol, la luna, la lluvia, el día, la noche, el clima en sus tiempos fríos: caliente, fresco) y también con su economía, sociedad e historia.

La concepción fisiológica del cuerpo humano tiene que ver con las señas. Ellas dan cuenta de sus condiciones, en cuanto a bienestar-malestar, o salud-enfermedad, en correspondencia con su dinámica energética. La armonía corporal es posible cuando el cuerpo logra el equilibrio -fresco- entre el frío y el calor, el primero instaurado en la sección izquierda y el segundo en la parte derecha del cuerpo, estableciéndose como punto central la coronilla, en una circulación bidireccional, análoga a la manera como sucede en el cosmos.

Éste, está compuesto por tres mundos: *kiwe* "d_yi^hu ~ Submundo, "lo que está más abajo", *kwe's*, *kiwe* ~ Este mundo, *e:ka:* ~ El de arriba, y ha sido vivificado mediante el proceso de semantización -territorialidad-. El cerro tiene vida, el volcán ruge, la tierra es brava o es mansa, el arco iris camina, el agua es arisca, es fuente de vida, etc.

Cada mundo, y en él, cada espacio, tiene su dueño. La simbología del chamanismo *nasa* gira alrededor del ambiente más frecuente, que es él acuático. El "trueno" es el maestro de los *Nasa* y aparece representado tanto en su forma natural como humana -en los rituales es simbolizado por una vara de chonta-. El "duende" habita en los sitios fangosos, los charcos, los riachuelos, y lagunas. Se dice que el "arco" se levanta de charco en charco; el "arco blanco" -o arco de noche- se manifiesta como una nube. En las lagunas vive el trueno, el duende y el arco. Estos se desplazan por la cosmografía en formas diferentes, según los espacios, situaciones y roles a desempeñar en la sociedad.

Donde la naturaleza no biológica toma cuerpo viviente, los seres se intertransmutan, una vez animal, otro hombre, guardando ciertas reverencias, normas, limitaciones; actuando la

cultura como sensibilidad síquica, producción técnica, artística, reflexiones cognitivas, relaciones sociales; y donde la mirada del común sólo ve dioses o espíritus ¹²⁴.

No existe elemento estático o muerto, al contrario, todo tiene vida al igual que el mismo hombre. La relación del indígena con su medio es de ser vivo a ser vivo, del hijo-de la hija, con su madre naturaleza. Fuera y dentro de él, circulan realidades:

"[...] Que dan cuenta de las expresiones vitales de los seres y las cosas. Entre ellas se distinguen: hielo, fresco, señas, hieloso, pulsos, espíritus, virtud, poder, auca, *p^htaⁿd_z*, que hacen referencia a la trayectoria, circulación e intensidad de las energías. Frío y calor especialmente expresan un sistema dialéctico que aunque denota estados opuestos y complementarios, son interdependientes y constituyen una unidad" (Portela.2000:94).

La circulación bidireccional del frío y el calor en la cosmografía *nasa*, es de abajo-arriba-abajo, izquierda-derecha-izquierda, al igual que en el cuerpo humano, y se manifiesta a través de las señas y los pulsos que son sentidos por el *t^hé² wala*, energías que en equilibrio garantizan la vida, la armonía de la naturaleza, y del desarrollo del individuo y la sociedad.

En consecuencia, el proceso de salud enfermedad está asociado con el tipo de relación armónica o desarmonica que el individuo establece con el medio ambiente, y lo social en comunidad.

Cuando se habla de lo que significa estar sano o enfermo para un *nasa*, se hace referencia a las relaciones de la persona con la sociedad y a las relaciones con la naturaleza; los individuos se expresan a propósito de la salud y la enfermedad en un lenguaje elaborado a partir de la relación que ellos establecen con la sociedad. "A través de la salud y la

¹²⁴ Quedarse en la descripción cruda, utilizando la terminología totalizante de "los dioses, creencias, magia, religión", etc., es como si la faena sicoanalista de los sueños se hubiera quedado en los supuestos "absurdos" de la actividad onírica.

enfermedad se establecen y actualizan diversas relaciones, diversos ajustes del individuo o la sociedad", lo que ha permitido un acceso a la imagen de la sociedad, de sus limitaciones tal como la vive el individuo (Herzlich Claudine, 1969 Citado por Viveros 1993). De la misma manera que la comprensión de la sociedad es necesaria para entender el sistema de signos, sentidos y acciones que los individuos tienen en relación con los procesos de salud y enfermedad.

Lo económico está muy relacionado con una reciprocidad entre lo natural y lo social. Ciertas ofrendas que se le hacen al duende, o al arco, antes de la siembra, antes de vender o consumir un animal, de coger una cosecha, de rozar; son reverencias que se le hacen a la naturaleza, que si se omiten puede atraer la enfermedad.

Es por ello que la razón del ser *nasa*, es la constante búsqueda de una vida en armonía y equilibrio :

"[...] Cualidades que se demandan durante la concepción, el embarazo, el nacimiento, la respiración, la alimentación, el ver, recorrer y sembrar el territorio; es decir, en los diferentes momentos de la cotidianidad, donde debe ser puesta en práctica la ética Páez que rige la conducta individual, social y de relación con el entorno como sistema global de pensamiento que rige, garantiza el bienestar y etnicidad de la sociedad Páez, producto del ejercicio de aprehensión y significación que se hace del cosmos, para entenderlo, explicarlo y proyectarlo en sus formas de relación intercultural". (Portela, Gómez.1993: 87).

La palabra *nasa yuwe* para referirse al saber y las prácticas curativas *nasa* es *yu't_se*¹²⁵, o *yu't_se'* ~ curar, donde *yu'* es agua. En la elaboración histórica de los *nasa* aparece el agua¹²⁶ jugando un papel primordial. Todos los caciques *Nasa* importantes nacieron en el río¹²⁷.

¹²⁵ Es tan importante el papel que juega significativamente en el pensamiento mítico *nasa* el agua, que se puede pensar en una remota (?) u oculta (?) relación con la raíz del grupo el remedio, *yu't_se*, el curandero,

Fuera de los ya descritos moradores, las gigantes culebras devastadoras de poblaciones viven en las lagunas. Mientras los caciques representan la lucha por la defensa de su etnia, las culebras simbolizan una amenaza.

Ya se ha visto que uno de los conceptos claves en el saber *nasa* es el de hielo; en *nasa yuwe*, *yu' kwet* (*yu'* ~ agua; *kwet* ~ piedra) La piedra es uno de los sitios por donde mantiene el duende. Santo Tomás -uno de los caciques-, nace de la relación simbólica sexual hombre-piedra; se le llama el "hijo de la piedra".¹²⁸

La sangre en estado de coágulo es: *ee kwet* (*ee* ~ sangre, *kwet* ~ piedra). *kwet uu* es congelarse.

Como una dinámica del agua aparece menstruar, es *kakwe yu' β,a:* (*kakwe* ~cuerpo, *yu'* ~ agua, *β,a:* ~aparecer), algo muy significativo ya que dentro de los *nasa* se le considera un estado bastante delicado. Es como si fuera un estado frío, que de aumentar su grado corre el riesgo de congelarse -o volverse *ee kwet*-.

En los rituales terapéuticos (5.3) el agua cumple un papel primordial, se efectúa a la orilla del río -agua corriente- y es materia prima para el baño a los pacientes. Pero el estado de esta agua debe ser fresca, la cual se logra preparándola con yerbas medicinales.

yu't,e-sa. En contra de este deseo está el que no he encontrado en el transcurso de mis aproximaciones lingüísticas, un significado para este signifiante que se segmenta.

¹²⁶ El agua siempre ha sido empleada como material de reflexión, incluso por occidente (Hay que recordarle a los espíritus de occidente que ellos también han dependido del agua para sus labores intelectuales y es lógico: al fin y al cabo es el material más abundante y omnipresente) Tiene determinadas características que la hacen maleable a las condiciones y transformaciones. Se la encuentra en el nevado, el páramo, viaja por los ríos; está en la atmósfera en forma de nubes, moldea al arco, produce truenos, rayos; se sitúa en partes altas, intermedias, bajas; es posible hallarla quieta, serena, borrascosa; hay agua caliente -en estado natural, en los manantiales-, fresca, fría, hielo; en estado líquido, gaseoso, sólido, coloidal; pura, putrefacta, normal. Se la encuentra en los cuerpos, en sus fluidos: la orina, la sangre, el sudor, las lágrimas, savia, zumo, diarrea.

¹²⁷ y para su normal rescate del río han contado con la participación de la medicina, fuera de que casi todos llegan a ser *t'hé wala*.

La traducción cultural permite hacer ciertas separaciones que en la otra cultura no aparecen como tal. La elaboración que del agua hace la cultura *nasa*, no es la misma que hace la ciencia occidental; aunque no se disipa lo físico, hay un entrelazamiento con otros elementos que son sociales y más decisivos.

El hielo también se halla en espacios secos; pero aquí se trata del hielo del cacique¹²⁹, quien pertenece a la esfera de lo histórico: son los restos arqueológicos que actúan como símbolos mnemónicos; tan fuertes que perjudican la salud de la población actual. Es una historia tan viva que sigue causando conflictos. Es como si los antepasados tuvieran cuentas pendientes para cobrar. De ahí que las tumbas de los pijaos -etnia enemiga; y a la cual se le imputa el hecho histórico de haberse aliado con los españoles para derrotar a los paeces- sean las más peligrosas. Asimismo se dice que esos restos corresponden a antepasados que no quisieron bautizarse; o sea, aquellos que se resistieron al proceso de colonización, otros hablan de los ancestros que no se enfrentaron a los españoles, prefirieron "enterrarse vivos"; y ahora "tienen envidia de nosotros".

Sobre los restos arqueológicos no se deben construir viviendas, cultivos ni frecuentar esos sitios. Si de pronto se ha construido sin darse cuenta, el t^hé[?] wala debe sacar esos restos - sean óseos o artefactos-y hacer la limpieza correspondiente.

Hay una regla que está clasificada como duende, la cual consiste en cierta ofrenda que se le debe dar a éste cuando se efectúa una actividad económica como recoger la cosecha, consumir o vender un animal. La siguiente frase es muy representativa: "Cuando uno va a coger atrevido en la cosecha y anda el duende, se enoja porque lo mezquina" Si se va a sacrificar un animal para una minga, hay que cortarle un pedacito de cada órgano, más

¹²⁸ Su madre fue una piedra con figura de mujer

¹²⁹ Este cacique corresponde a la nomenclatura de las clasificaciones de las enfermedades; pues los otros caciques son los héroes históricos, muy distintos al primero.

sangre para "echarle al duende, así no da enfermedad". Si se va a vender, "hay que arrancarle las pestañas y dejarlas en una peña". La venta de un animal puede ocasionar una enfermedad.

Los descontroles de los pulsos son atribuidos a la debilidad, por eso los pulseros le recomiendan a los pacientes el consumo de carne. Aunque esos descontroles pueden ser causados por deudas u otros problemas sociales.

Si se observa la estrechez económica en que viven los paeces son entendibles los anteriores planteamientos. Pues el más mínimo gasto desmedido descontrola su economía y por lo tanto amenaza su salud.

Más claro aún aparece en la categoría del maleficio o mal puesto, donde hay un control contra quienes logran acumular más bienes que los demás. Son objeto del maleficio aquellos que "tienen un poco más de animales, tierra, mejor casa, más huerta". Es atacado directamente el propietario, sus animales, la huerta; o su capacidad de trabajo "lo vuelven perezoso, haragán". En este caso se trata de mantener un equilibrio económico. De igual manera son objeto del maleficio los mestizos y evangélicos. Los últimos ya se deben a conflictos sociales. Son muy comunes los maleficios ocasionados por problemas interpersonales.

8.2. Las lógicas de los rituales.

Desde una perspectiva racional occidental es muy difícil encontrar la lógica de los rituales de limpieza, refrescamiento u ofrecimiento, pero en el contexto de lo hasta aquí escrito es posible encontrarles un sentido.

Si se miran en su conjunto, porque generalmente están interrelacionados, podríamos explicarlos a partir de "la reciprocidad cognitiva", de la "eficacia simbólica", o expresiones del "síndrome de filiación cultural". Pero al observar las situaciones, espacios, momentos o actividades (Ver Tabla No.15), en los que se realiza cada uno de ellos, dicha explicación exigiría una revisión, por lo siguiente:

No siempre sus objetivos son controlar, prevenir, tratar o reparar un daño, lesión, enfermedad o muerte; por eso algunos de ellos se realizan sin la presencia de las problemáticas enunciadas, y se ofician en el acontecer comunitario y cotidiano no siempre trascendental, con más frecuencia en Tóez Tierradentro que en Tóez Caloto.

Llama la atención que para las enfermedades "afueranas" y los otros problemas de enfermedad que atienden las *tut*, *"bahisa*, yerbateros, pulseros, sobadores no se practique ningún ritual, no obstante, la obsesión por la práctica de ellos.

Si en el análisis de lo planteado en 5.3, se agrega que cada ritual es siempre el mismo -sólo cambia el momento de inicio según la seña, y las variantes se dan por las particularidades de cada *t'hé' wala* y los contextos regionales- y que tanto el *t'hé' wala*, la persona enferma, los miembros de la familia y los demás participantes consumen lo mismo: coca, aguardiente, tabaco y plantas, y cada uno se comporta de igual manera a los demás, incluidos los niños, se tiene que: No resultan ni suficientes ni pertinentes enfoques explicativos desde la "reciprocidad cognitiva", "eficacia simbólica" y "síndrome de filiación cultural", a no ser que se acepte la generalización de hacer coextensivas tales explicaciones a todos los aspectos de la cultura - puede ser posible-.

¿Por qué todos los participantes no enfermos son objeto de la práctica, máxime si se conoce que entre los *nasa* la noción de contagio es inexistente? -Sólo la contaminación por hielo-, ¿Por qué la curación no requiere siempre de la terapéutica ritual y los otros agentes de la

comunidad la logran sin la práctica del ritual? Estos interrogantes me permiten corroborar que en la práctica del ritual, participa manifiesta o explícitamente una intencionalidad diferente, entre cuyas múltiples posibilidades se encuentra el sanar. Se trata a falta de una denominación mas adecuada, de una restitución de orden cultural. Terapéutica cultural, encargada de restablecer el equilibrio entre individuo y medio ecológico y a la inversa, entre individuo y sociedad y el sistema cultural (pensado éste en un pasado-presente y en un presente-futuro).

Terapéutica cultural que análogamente operaría como sucede en la medicina facultativa con su terapéutica médica, pero su sentido y eficacia va más allá puesto que contienen prevención, promoción y rehabilitación del individuo en sociedad. Quizá a ello se deba que el individuo que sabe que no se comporta o está trasgrediendo la normatividad cultural, somatice culturalmente su mal y que el *t^he² wala* dado el conocimiento que tiene de la historia de cada individuo -aspecto propio de las comunidades pequeñas- determine su muerte no tanto por que su mal -enfermedad?- no tenga cura, sino por las dificultades que tiene el individuo de convivir conforme al código cultural.

A ello se debe también que el énfasis de la relación *t^he² wala* "paciente" en la mayoría de los casos no esté puesta en la prescripción médica, sino fundamentalmente en la reincorporación del individuo al orden social, cuya posibilidad está en la dramatización del ritual de limpieza que convoca a la comunidad como garantía de solidaridad y compromiso de un nuevo pacto social que revitaliza el orden cultural y a la vez pone sobre aviso a todos, incluido el *t^he² wala*, de la latente amenaza individual o colectiva de originarse un desorden social, que de no afrontarse en grupo da lugar al resquebrajamiento de la etnicidad comprometiendo su sobrevivencia futura.

Es en este sentido que la cadena sintagmática de propósitos diferentes y hasta inconexos del ritual, develan una cadena paradigmática, cuya lógica contiene la búsqueda y

reconstrucción de la etnicidad *nasa*, sobre la base de una restitución permanente del orden cultural presente en los mitos, historia y héroes culturales.

De poseer fundamentación la interpretación de que los rituales participan todos de la restitución de la etnicidad o del orden cultural *nasa*, se considera teóricamente más pertinente explicar la concepción de salud-enfermedad al igual que sus formas de producción económica, organización social, política desde la dimensión global de la etnicidad y no a la inversa como habitualmente se ha hecho en la etnografía regional, lo cual implica entre otros aspectos de importancia, los siguientes: que cualquier acción del Sistema Nacional de Salud que no ponga de presente la etnicidad podría resultar limitada e ineficaz, y que pensar en un sistema médico *nasa* a la manera de Occidente con la medicina Académica, sería teórico y metodológicamente inadecuado.

Podría entonces plantear que no existe un sistema médico tradicional *nasa* como tal, pero sí un saber diluido en la etnicidad. Pero por ello no se podría afirmar que lo que existe son escasamente terapéuticas, prácticas médicas, sistemas clasificatorios, pensamientos o concepciones filosóficas, sino que es un saber que sólo puede decodificarse dentro de un sistema mayor que los contiene y que impide descifrar su especificidad, que aunque existente sólo puede explicarse o comprenderse dentro de su proyecto de etnicidad, que en parte es el ejercicio que se culmina en estos últimos párrafos del presente capítulo.

Ese saber diluido en la etnicidad me ha planteado ciertas dificultades, incluso para la etnografía; en mi experiencia he llegado a puntos muertos donde he tenido aparente claridad y otros donde no encuentro las concordancias. Para encontrarles sentido construí interrogantes cada vez mas difíciles de comprender por parte de los *nasa*, que en vez de facilitar respuestas promovió entre ellos el comentario de que con las personas del mundo de afuera solo era posible la comunicación a través de la voz, pero con muchas dificultades

para entender, mientras que entre ellos la comunicación era mas fluida a través del territorio y compartiendo con la comunidad.

Además de la reflexión precedente, como lo expresaba a través del cuerpo como instrumento de conocimiento, mi experiencia anterior demuestra que “ver y sentir el territorio” es diferente de lo que la ciencia o la racionalidad occidental concibe como conocer, de lo que el Estado considera como re-conocer su territorio, o lo que la Constitución Nacional señala como territorios indígenas, y se aproxima más a “ser del territorio”, aspecto que no han alcanzado los viejos asentamientos de colonos, y ahora menos los nuevos asentamientos *nasa* en Tóez Caloto, donde se posee un significado *nasa* por fuera de un referente significativo que se quedó en Tierradentro espacio territorializado con otras características.

El asunto no es vivir en un territorio, sino comportarse en él y con él como sus espíritus lo determinaron, actitud bastante arraigada en Tierradentro, pero en conflicto entre los *nasa* de Caloto por poseer un nuevo sustrato espacial todavía no territorializado y donde sus espíritus todavía no tienen morada. A los *t^hé? wala* hombres sabios, se les ha encargado la responsabilidad de la territorialización en Tóez Nuevo, un espacio donde circulan muchos distractores culturales propios del mundanal ruido que causa la relación intercultural tan próxima a la globalización cultural, y que poco a poco ha llevado a los *Nasa* a seguir un itinerario de búsqueda por otros saberes y prácticas, no sólo para encontrar respuestas a sus enfermedades que son expresiones de la conflictividad social, sino para seguir construyendo identidad como lo han hecho a través de los tiempos.

8.3. Persistencia de la cosmovisión.

Entre los *Nasa* las relaciones con el territorio y la construcción de la territorialidad, hemos visto, son un fenómeno histórico-cultural de múltiples dimensiones. Aproximarnos a ésta

concepción territorial, combinando elementos históricos y etnográficos, ha permitido identificar características propias del proceso de resistencia cultural y enfatizar que dicha resistencia, más que una actitud contestataria o refractaria, ha implicado una doble capacidad: la capacidad de contención y la capacidad de adaptación por vía del cambio, o de la refuncionalización de los elementos foráneos.

Es posible pensar que ninguna cultura podría proporcionar experiencias vitales de seguridad si no logra conciliar las tendencias conservadoras y transformadoras dentro de unos consensos básicos. En el caso específico de los *Nasa*, la resistencia, al igual que el territorio, no es algo substancializado o petrificado, sino que tiene un comportamiento variable, o si se quiere flexible, que se expresa primordialmente a través de dos realidades fundamentales: la adscripción territorial étnica y el trabajo.

Así las cosas, se espera que las múltiples representaciones discursivas posean fuertes lazos de correspondencia con las prácticas sociales del hacer. En otras palabras, que las prácticas del pensar y del decir no se distancien de las del actuar. Llegar a esta relación de correspondencia es una manera de preguntar por el tipo de fisuras, fracturas, separaciones, tensiones y conflictos que se dan o pueden darse en las relaciones entre eficacia simbólica y eficacia técnica¹³⁰, o entre el ámbito de las representaciones sociales y las formas de comportamiento individual, familiar o del colectivo étnico y modos de utilización del territorio.

Esta consideración teórica y su correlato metodológico sirve de sustento para proceder a exponer parte de lo que acontece entre los *Nasa*, respecto a las llamadas condiciones

¹³⁰ Se toman estos términos en la misma perspectiva que les asigna Philippe Descola (1988:9-27) quien sostiene que en la descripción de las técnicas productivas y la medición de su eficacia es "ilusorio e inútil separar las determinaciones técnicas de las determinaciones mentales" y por lo tanto debe atribuirse el mismo valor heurístico a lo cuantitativo y a lo cualitativo en el análisis de las relaciones entre una sociedad y su medio ambiente natural.

materiales de existencia, máxime si la observación etnográfica desarrollada, no hace más que corroborar la afirmación de varios autores, en el sentido de que el nivel de vida de los *Nasa* raya en la indigencia y por lo mismo ni siquiera puede decirse que posean una economía de subsistencia sino de "resistencia". La economía *nasa* no permite producir excedentes para el mercado -a pesar de estar articulado fuertemente a él-, sino que los productos agrícolas deben venderse, sacrificando el autoconsumo, en aras de obtener ingresos monetarios para adquirir aquellos productos que han incorporado a su dieta o necesidades básicas (3.2.2.6) , a pesar de que dicho "intercambio" significa una notable desmejora en la dieta alimenticia.

En lo que a la economía *nasa* respecta tendríamos que decir que su eficacia no podría medirse en ninguno de los dos sentidos señalados por Philippe Descola (1988) y referenciados en el numeral 3.2.2.6 , pues de una parte ni genera riqueza, y de otra tampoco cumple con los objetivos esperados o deseados. Es esta una razón más que nos lleva a hablar de una práctica económica de supervivencia o resistencia.

Ante estas categóricas afirmaciones, es natural que el lector del trabajo piense que si lo precedente es así, poco sentido tiene haber mostrado un abanico de representaciones sobre la territorialidad, el cuerpo humano, la cosmovisión y la salud y solidaridades étnicas. Si lo he planteado así es porque son estas representaciones las que todavía poseen trazas de su fuerza ancestral, las que se reproducen incluso mediante formas drásticas de socialización, no sólo como formas de contención y explicación a las graves tensiones económico-sociales cotidianas, sino especialmente como mecanismos para conservar el territorio y las concepciones que revitalizan el sentido de adscripción territorial y de pertenencia étnica.

Es decir, las condiciones de pobreza existentes no ponen en entredicho las representaciones del territorio, sino por lo contrario sirven de sustrato material para reafirmarlas a través de procesos de recuperación, afirmación o cambio social. En efecto, los condicionantes

políticos, económicos y sociales que atacan la concepción territorial e impiden la conservación del territorio, son retomados históricamente como explicación causal cotidiana de la pobreza existente.

En otros términos, si la concepción territorial tuviese correspondencia real con el territorio disponible o requerido no existiría la pobreza y los niveles de vida que poseen. Esta forma de pensar y explicar su economía, por parte de los *Nasa*, es lo que permite afirmar que se tiene un conocimiento de la crisis y vulnerabilidad existentes en el proceso de producción y reproducción, especialmente en aquellos que organizan las formas de acceso, manejo y producción de los recursos, y de las relaciones sociales que los hacen posible.

Paradójicamente, este conocimiento y límite crítico de su situación socioeconómica no los ha llevado a realizar igualmente una crítica a sus representaciones históricas, políticas, simbólicas del territorio, sino tal vez a aferrarse a ellas como mecanismo de seguridad ante las presiones externas y endógenas que las puncionan. Quizá ello obedece o se explique mediante sus expresiones cotidianas de que sin territorio propio los *Nasa* dejarían de ser lo que son.

En absoluto estas interpretaciones pretenden idealizar el campo de las representaciones, el propósito es registrar desde diferentes ámbitos de existencia, o mejor aún la persistencia de variadas representaciones de la territorialización *nasa*, a pesar de la prevalencia de las condiciones materiales de existencia que la contradicen.

La llamada vulnerabilidad económica que hoy presentan los *Nasa* no es un fenómeno coyuntural sino estructural, y no obstante han sobrevivido a ella reproduciéndose, no sólo biológica sino étnicamente y proyectándose políticamente en la sociedad nacional de manera insospechada. El cambio cultural que puede expresarse en los procesos económicos y uso de la tierra y territorio, que contravienen sus contenidos míticos e históricos, todavía

no han dado lugar a representaciones estructuralmente nuevas que se distancien de su matriz original o identitaria de cuerpo humano-territorio.

8.4. Abertura social.

La capacidad de contención y la capacidad de adaptación por vía del cambio, o de la refuncionalización de los elementos foráneos para los *Nasa*, históricamente ha estado acompañada de un proceso de apertura social hacia otros contextos culturales, hacia otros saberes como se planteaba en 3.2.4. "Dialéctica entre la fuerza étnica interior y el mundo de afuera". De tal manera que las situaciones de crisis para la sociedad *nasa* se acompañan de una movilidad entre sus gentes por el entramado de diversidad de saberes, prácticas, y oportunidades que brinda la heterogeneidad cultural en un pragmatismo para encontrar no sólo respuestas a sus enfermedades como expresión de la conflictividad social, sino para seguir construyendo identidad como lo han hecho a través de la historia.

En la cotidianidad de los *nasa*, la articulación e integración de los diferentes saberes y prácticas curativas es un problema resuelto. Ellos alternan su saber con otros saberes y prácticas curativas diferentes -donde se incluyen la medicina académica, las medicinas alternativas y las clasificadas dentro del sistema médico popular-, de acuerdo con sus necesidades de salud; es decir, no viven como contradictoria¹³¹ la utilización de una u otra práctica médica, en la medida que les aporta en la resolución de los problemas prácticos de salud y enfermedad.

¹³¹ A este respecto es posible y necesario seguir pensando sobre el significado de la relación no contradictoria entre los diferentes saberes y prácticas curativas en la cotidianidad de las personas -no necesariamente *nasa*-, entendiendo que no se trata de la simple alternancia de técnicas para curarse, sino de la puesta en juego de lógicas y formas de entender la salud, la enfermedad, el ser humano y su relación con la sociedad en la que se encuentran.

Existe una lógica -su cosmovisión- a partir de la cual los *Nasa* realizan esta mezcla de discursos, saberes y prácticas, que trasciende la simple búsqueda de eficacia; lógica en la que coexisten mensajes simbólicos, entre los que se presenta un juego recíproco que permite tanto la resistencia a los principios de los otros sistemas médicos incluido el modelo médico hegemónico, como el mantenimiento del saber *nasa*. Es decir que la hegemonía de un modelo médico se relativiza en la cotidianidad, y matiza su dominación en la medida en que los *Nasa* construyen y transforman sus propias representaciones de salud y enfermedad, en el contexto de una sociedad que se expresa a través de ellas.

La relación terapeuta-paciente es uno de los espacios de encuentro de los *Nasa* con los sistemas médicos donde las representaciones de salud y de enfermedad de los agentes de salud y los pacientes *nasa* entran en juego y se interrelacionan, se construyen y se transforman, al mismo tiempo que se retroalimenta el sustrato ideológico del sistema cosmológico al que pertenecen -de allí devienen los inicios de la reapropiación de enfermedades-. Teniendo en cuenta que ese encuentro no sucede sólo en la relación, puede decirse que es anterior a ella (experiencias propias de los pacientes o de otros comuneros, recomendaciones, etc.); es un proceso en el que se incluyen diferentes flujos de información, con gran trascendencia de la asociada a experiencias exitosas.

Lo hasta aquí logrado ha permitido entender que los *Nasa* en su vida cotidiana no son seres pasivos que obedecen a aparatos, registran mensajes y reaccionan a los estímulos exteriores, sino que por el contrario, poseen la frescura de la imaginación y el deseo de dar un sentido a la sociedad y al universo que les pertenece; lo que reafirma el reconocimiento a los seres humanos como creadores de sentidos.

La presente experiencia investigativa reivindica aún más la importancia del saber de la gente, entendido no como la distorsión de una supuesta realidad objetiva o científica, sino como parte fundamental de la construcción y transformación de la misma realidad. Por lo

tanto la manera como las personas piensan y entienden la salud y la enfermedad, forma parte importante de la construcción de su propia salud y enfermedad, y por lo tanto de sus procesos de curación.

A este punto se llega con un caudal de información que permite afirmar que no sólo en la población *nasa*, sino en la población actual a nivel general coexisten dolencias de ordenes o modelos simbólicos y cognitivos diferentes, dentro de un mismo caso de enfermedad con similar sintomatología; algunos ejemplos podrían recordarse: una crisis de diarrea aguda en un niño valorada como gastroenteritis por la medicina académica, puede ser interpretada como "mal de ojo" por un curandero negro, o enfermedad de "susto" por un sabio indígena; mientras un cuadro clínico de parálisis corporal en un adulto asociada a una situación de fuerte depresión psíquica puede ser relacionado con alguna enfermedad orgánica según la biomedicina o puede ser interpretado como un ataque de "cacique" por el *thē'wala*, los familiares del paciente o éste mismo.

De otra parte la población puede percibir como dolencias toda una serie de situaciones intra personales y sociales, buscando alternativas de ayuda en una serie de agentes de curación, lo cual se puede manifestar en determinados casos cotidianos como la imposibilidad de pagar una deuda por parte de un miembro de una familia (como el caso de la enfermedad afuerana de "nervios") o una situación de crisis entre familias ("mal puesto") por ejemplo.

No es entonces extraño que hoy día la gente procedente de diversos grupos socioculturales (como se registró en los consultorios de los curanderos), de distintos estratos socioeconómicos y en muchas ocasiones con diversos niveles de escolaridad acuda al curandero después de haber ido al médico académico o alternativo, según el tipo de dolencia o problema de salud que requiere solución, sin que lo vivan como contradictorio porque dicha problemática es compartida en los contextos rurales y urbanos por las

diferentes clases sociales¹³². Dinámica que se encuentra presente a pesar de los enormes esfuerzos del modelo cognitivo biomédico de tipo facultativo, tanto público como privado, por imponerse como el único eficaz en el campo de la salud durante los últimos decenios.

El programa globalizador de la postmodernidad y su expansión con planes y programas de salud con énfasis en la biomedicina, -públicos y privados- incluyendo la extensión del Sistema de Seguridad Social para algunas capas de población, afronta al comenzar el siglo veintiuno, la presencia cada vez mayor de diferentes alternativas de salud (terapias, agentes, etc.), muchas de ellas ejemplos de lo que podría denominarse la insubordinación o negación de la racionalidad positiva con la que opera el modelo cognitivo de la medicina académica en el presente.

Según lo anterior poco sentido tiene enfrentar las estrategias o prácticas populares de salud bajo el estigma de la superchería, el atraso o la ignorancia, sobre todo si se tiene en cuenta que buena parte de esos conocimientos se encuentran apoyados en complejos y sofisticados modelos médicos de otras tradiciones socioculturales, los cuales siempre han sido evaluados inadecuadamente debido a los prejuicios etnocentristas de los esquemas convencionales sobre la salud y la enfermedad.

Por otro lado si se asume una perspectiva sobre la salud y la enfermedad con amplia participación democrática de las gentes y sus saberes y prácticas médicas podría considerarse la posibilidad de abordar diversas dolencias psicosociales, de etiología interpersonal y social, y de esta manera observar como “epidemias” una serie de dolencias

¹³² La curación, así como la salud y la enfermedad es un proceso social, cultural y singular, lo que quiere decir que no es un concepto único, sino relativo a las condiciones en las que cada individuo se encuentra, a la manera como se relaciona con el mundo y consigo mismo, a sus experiencias, ilusiones, temores, prejuicios, y posibilidades, entre otras cosas; no tiene sentido considerarlo como un concepto estático y preestablecido, mucho menos en términos que niegan la complejidad de los seres humanos. Además, hace referencia a problemas que van mucho más allá de si el paciente se cura o no se cura, tales como, ¿quién cura?, ¿curar o controlar?, ¿a costa de qué se cura?, e incluso ¿quién se cura?

que percibe o siente la población, que no caben en categorías o indicadores epidemiológicos convencionales.

Lo que se presenta en la cotidianidad de la sociedad *nasa* estudiada es una variedad de formas de solucionar en la vida diaria las dolencias de distinto origen por parte de los *nasa*, donde se alternan recursos (agentes, remedios, tratamientos o terapias) de las diferentes saberes.

Alternancia, que -en la multiplicidad de localidades- se constituye en la estrategia que hace que el mundo contemporáneo no sea la historia de la homogenización cultural, porque lo global es traducido -se vuelve híbrido-, comentado, anexado a las prácticas locales que le otorgan a los fenómenos culturales especificidades bien diferenciadas (*sensu* Appadurai, 1996) El resultado de este fenómeno de hibridación más la resistencia a través de los movimientos contra-culturales ha posibilitado la existencia de una gran heterogeneidad cultural, no obstante la globalización postmoderna. (Jameson 1984:87)

De tal manera que la heterogeneidad cultural con su diversidad se convierte en la riqueza que hace que la eficacia simbólica de cada uno de los saberes y prácticas curativas no sea lo importante; pero sí, la abertura y la disponibilidad de la sociedad *nasa* por posibilitar su múltiple aporte, allí reside su eficacia, en itinerar por la multiplicidad de aportes y posibilidades no tanto por el bienestar del individuo pero si por el bienestar de la sociedad.

Conclusiones

Es posible pensar conclusiones en ámbitos muy precisos de los saberes y relaciones:

- Negar los principios cosmogónicos que caracterizan el saber *nasa* y el no creer en las relaciones con el arco, duende, etc., que generan desequilibrios y reacciones como respuestas a infracciones, son elementos que empiezan a ser frecuentes en la conversación de los *nasa* sobre su saber y prácticas curativas. Negación que se convierte en aparente, por las actitudes y hechos caracterizados por la relación directa con *tut*, *^mbahisa* o *t^{h'e'} wala* frente a determinadas enfermedades, existiendo contradicción entre lo que se profesa y lo que se hace.
- La evangelización y en general la religiosidad, riñe con los aspectos cosmogónicos de la cultura *nasa*, más no con sus terapias -tratamientos con yerbas únicamente-, conllevándolos gradualmente a acercarse a los tratamientos farmacológicos propios de la medicina académica.
- La persona que padece una enfermedad "propia", si quiere curarse, debe reencontrarse con su cultura e inherente normatividad que lo circunscribe, cumpliendo así enfermedad y *t^{h'e'} wala* el rol de control social.
- El conocimiento especializado del saber *nasa* va quedando más limitado a los viejos, por las características que asume el proceso de socialización, siendo olvidada o ignorada por los jóvenes; y al enfrentar problemas de enfermedad inician el itinerario buscando recursos de la medicina académica o de otros sistemas médicos.
- No obstante el proceso histórico de sojuzgamiento, el saber y prácticas curativas *nasa* ha mantenido y mantiene su vigencia como cohesionadora social, situación

que se refrenda a través del proceso de recuperación y defensa de la tierra y la cultura.

- A pesar del acceso a otros sistemas médicos que sigue la variedad de posibilidades que evidencia el flujo del gráfico No.6 "Itinerarios terapéuticos"; el saber *nasa* en ningún momento ha sido sustituido por la medicina académica, alternativa y saberes populares, manteniéndose una coexistencia complementaria entre ellos.
- El que elijan a quién a de curarles (*t^he² wala*, médico académico, curandero, por ejemplo) depende de las muchas variables, algunas ya esbozadas, relacionadas con el grado de transformación cultural, con los procesos que vive la misma enfermedad (propias hacia venideras y viceversa), supuesta etiología de la enfermedad, aceptabilidad y reconocimiento de los otros sistemas médicos, etc. En muchas circunstancias es la aspirina, el dólex, la inyección, el antibiótico, el jarabe de la tienda veredal o comunitaria, o botica del pueblo, la primera y la más importante representación de la medicina académica pero el tratamiento en la casa por el "saber de todos" es lo más frecuente en el cuidado de la salud individual y colectiva.
- En los estados asociados con el ciclo reproductivo en la mujer, (menstruación, embarazo, parto y puerperio) vistos como eventos sociales por el grupo, donde la tradición se mantiene más fuerte (ver *t^hame* ~ vergüenza: 4.3.4), hay una mayor disposición del sexo femenino hacia el saber propio de los *Nasa*.
- En las enfermedades causadas por maleficio, permanece bastante vigente el saber *nasa*, tal vez jugando un papel fundamental de resistencia cultural en conflictos con mestizos y terratenientes, o de control social al interior del grupo, mas frecuente hoy en Tóez Caloto. Es como una especie de razón de ser de los *t^he² wala* y su saber especializado.

- El saber *nasa* como producto del desarrollo histórico de esta etnia tiene sus concepciones y prácticas relativas a la salud y la enfermedad sustentadas en las representaciones que de la red de relaciones sociales y del medio construyen en su proceso cultural; desde luego que los otros sistemas médicos han tenido también su desarrollo histórico, pero es en la concepción sobre salud-enfermedad, y en la cosmovisión que gobiernan los saberes médicos, donde se pueden establecer las diferencias y semejanzas de las prácticas:
- Para los *nasa* El proceso "salud-enfermedad" está enmarcado en su cosmovisión. En el capítulo cuatro "El cuerpo humano como modelo organizador del mundo *nasa*", se hacía una reflexión sobre la estrecha relación que guarda el cuerpo con su entorno natural con el medio en que el indígena se mueve, esto es, con los árboles, montañas, etc. Lo cual le exige al *t^hé' wala* que su contacto y su relación con el enfermo o comunero sea de la misma forma, no el individuo aislado sino en relación con todos aquellos aspectos que los rodean -en relación social-.

Por esto las actividades del *t^hé' wala* están encaminadas a proteger y a ejercer el "control social" de su comunidad. Tiene en la concepción de la enfermedad una gran significación las "terapéuticas culturales (5.3)", en relación con sus clasificaciones, porque se propende por garantizar no sólo la vida individual sino grupal.

- Se encuentra un gran afinidad entre las concepciones sobre la salud y la enfermedad de los *nasa* y las que tienen los otros practicantes de saberes del sistema médico popular, por la visión integral del ser humano. Son saberes que se han nutrido de otras tradiciones indígenas y negras con las cuales hay afinidad de concepciones en lo que respecta al hombre como continuidad de la naturaleza.

- El proceso salud-enfermedad para la medicina académica reconoce igualmente según las últimas definiciones de la organización Mundial de la Salud, OMS, esa estrecha relación del individuo con su medio social y cultural. La diferencia radica en la práctica misma que toca directamente con infraestructura y formación del recurso humano y su inserción en una sociedad determinada, en nuestro caso la sociedad capitalista, mercantilista, e individualista como consecuencias inmediatas.

Pensando en las conclusiones generales:

Las comunidades *nasa* de Tóez Tierradentro y Tóez Caloto se sustentan en un estrato espacial inalienable -institución jurídica del Resguardo- y en una cosmovisión que gira sobre un eje estructural profundo consolidado en la relación cuerpo humano-territorio. Más vigente en Tierradentro y con más trazos de continuidad entre lo que piensan y hacen sus habitantes que en Tóez Caloto donde el espacio, nuevo asentamiento, está en un proceso de significación cultural y empieza a ser definido como un espacio domesticado que carece de sitios de mucha espiritualidad claves para el chamanismo *nasa*, incitando ello -entre otros requerimientos- a la permanente comunicación de las personas entre los dos sitios de asentamiento.

No obstante los constreñimientos territoriales y las condiciones de indigencia y pobreza, se siguen manteniendo las representaciones culturales y la cosmovisión como una filosofía étnica por la cual se lucha, que de tener correspondencia real con un territorio disponible o requerido no existiría el nivel de pobreza y los niveles de vida que poseen -gracias a ella han logrado sobrevivir biológica y culturalmente-. En esta lucha, la abertura social hacia los aportes de la heterogeneidad cultural es de gran trascendencia ante los límites y posibilidades de los saberes propios, siendo más eficaz la abertura sociocultural que la eficacia simbólica de los saberes y las prácticas médicas.

El comportamiento de la morbilidad de los *nasa* de Tóez Caloto sigue presentando un comportamiento parecido tanto desde la clasificación de enfermedades de la medicina institucional como desde la clasificación propia; aunque se han agregado otras enfermedades "venideras" gracias al encuentro con un nuevo medioambiente geográfico-ambiental y sociocultural. Se puede afirmar que siguen presentando indicadores de vida similar a los que se tenían antes del desastre natural en Tierradentro.

En ambos asentamientos se mantiene la clasificación de enfermedades "propias" y enfermedades "venideras". En Tóez Caloto se desarrolla un itinerario terapéutico por el saber y prácticas curativas propias; pero a diferencia de Tierradentro, (donde dicho itinerario se mantiene y en ocasiones llega sólo hasta los recursos de la medicina académica), se desplazan además de los sistemas académicos, por los alternativos y populares; dando cuenta de una búsqueda en la diversidad, ante la situación de crisis y confusión que ha generado el proceso de asentamiento en un espacio nuevo al que se llegó con significados culturales que dejó atrás los referentes concretos, los referentes significantes.

Los *Nasa* poseen un acumulado histórico de experiencias propias y producto de la relación intercultural que seguramente les permitirá estructurar una propuesta de vida que conjugue el respeto por sus tradiciones culturales, los mecanismos de reproducción y actualización de ellas, la socialización y uso adecuado de la naturaleza mediante un modelo sostenible de intervención, y el mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad. Para su logro se requiere de una gran capacidad de explicitación de su estructura cultural (el repensar y releer el territorio ancestral de la comunidad en Tierradentro, resulta fundamental para el futuro de la comunidad), como condición de su fortalecimiento y el concurso decidido de toda la comunidad y la construcción de nuevos principios de gobernabilidad interna, que actualice las estructuras del cabildo.

La perdurabilidad de un grupo étnico no se funda necesariamente en la permanencia de los valores culturales tradicionales, sino en la capacidad que tienen los pueblos para transfigurarlos de acuerdo con sus ideales de vida; en este orden de ideas, la identidad se define más por las relaciones y las transformaciones de los pueblos.

Glosario

Alimentos “asoliados”: cualidad que adquieren las frutas que han caído de los árboles y no se consumen inmediatamente.

Alimentos “repetidos”: Son los alimentos que después de cocinados y preparados, se vuelven a calentar después de un largo tiempo.

Alopático: Principio que reza que el remedio empleado en una persona sana produce un síntoma diferente a los síntomas de la enfermedad para la cual está prescrito. Con éste nombre también se conoce a la medicina académica o biomedicina.

Antigüanos: Nombre que reciben los nativos que vivieron antes del contacto con los españoles; también se llama así a los más viejos y más conservadores de la cultura en una comunidad.

Apropiación: Se entiende como la incorporación de un contenido al propio saber y sistema de representaciones, que es resignificado y elaborado en una forma propia de concepción y curación.

Barros: Son los pantanos que se producen en los suelos donde el drenaje es lento, haciendo que el agua se estanque y se descompone, se “pudra”.

Barrosos: Se refiere a los territorios en suelos con mal drenaje y donde son frecuentes los pantanos morada del Arco y del Duende.

Bebito: Niño recién nacido

Biomedicina: Es el concepto que con mayor precisión define a lo que se ha llamado como medicina “Institucional”, “oficial”, “facultativa”, “científica”, “moderna”, y “alópata”,

porque hace alusión al particular énfasis que pone esta medicina en la observación de la salud humana, centrando el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad en los aspectos fisiológicos y pato-fisiológicos del cuerpo humano (Baer, et.Al, 1994)

"Botar familia": Con esta expresión se indica la interrupción intempestiva del ciclo de gestación: el aborto.

Bozales: Denominación que se les dio a los esclavos que llegaron directamente del África.

Brujería: Es la acción de un hombre o una mujer para causar o poner un mal a una persona, por eso se denomina mal puesto o mal postizo. A quien lo hace se le llama brujo.

Cabildo: Gobierno indígena con un gobernador a la cabeza, alguaciles, secretario y fiscales con sus respectivos suplentes, se elige cada año dentro del territorio de resguardo.

Cabildante: Persona que hace parte del equipo de gobierno del cabildo.

Candelillas: Es una especie de luciérnaga que al abrir sus alas proyecta en la noche luces de color rojo, amarillo o blanco. Cuando las luciérnagas que proyectan luz roja aparecen en el ritual que es nocturno, significan peligro y deben ser cogidas y expulsadas después de haber sido envueltas en capachos de maíz con plantas medicinales bravas. Existe una clasificación importante sobre estos insectos, que replican la jerarquía de los miembros del cabildo como gobierno *nasa*.

"Canilla": superficie externa del hueso de la tibia en las extremidades inferiores en el cuerpo humano.

Capachos de maíz: Así se llama a las hojas que cubren la mazorca del maíz, y cuando están secas son usadas para envolver las plantas medicinales. (ver paquético)

Carricito: También llamado carrizo, es un recipiente elaborado a partir de una especie de bambú o guadilla donde se introducen plantas medicinales o vísceras de animales, para dejar en lugares estratégicos como alimento para el Arco.

Chicha: Es la bebida que se produce a partir de la fermentación del maíz, que en su grado de mayor fermentación y consumo en exceso “descontrola el cerebro”.

Chirrincho: Bebida que se produce al destilar el jugo fermentado de la caña de azúcar llamado guarapo. También se le conoce como aguardiente chiquito

Chumbe: Es un tejido largo -dos metros- y angosto -seis centímetros- elaborado con hilos de algodón o de lana de ovejo, donde se plasman íconos de colores que hacen referencia a la historia *nasa* y a los eventos de la vida cotidiana, y por lo tanto es una gran cinta multicolor. Se usa para envolver e impedir la movilidad de las extremidades de los niños recién nacidos, así se evita que los movimientos los asusten.

Coca: Su nombre en *nasa yuwe* es *es*, es la planta de conocimiento más importante porque permite agudizar en el cuerpo del *t^he' wala* la capacidad de sensopercepción para sentir las señas. Sus hojas se emplean tostadas y trituradas, y se mascan acompañadas de cal muerta en lo que se denomina el mambe. Pertenece a la familia de las *Eritroxilaceae* con nombre científico *Eritroxylum coca* Lam.

Comunero: Apelativo que se da a la persona *nasa* que vive en el mismo territorio de resguardo.

"Conocer mundo": Salir del territorio indígena y recorrer por algún tiempo el territorio no indígena.

"Corazones regados": son las señas que se desplazan desde el carpo o coyuntura de la mano (muñeca) hasta las puntas distales de los dedos. Significan un estado de mucha gravedad en la persona enferma.

Corre la regla: Término para señalar el estado de menstruación en la mujer.

"Corva": Fosa poplítea, anterior a la rodilla.

Cuerpo es "muy duro": Se dice de la cualidad del cuerpo humano del hombre o de la mujer que es muy resistente a los dolores.

"Dieta": el período siguiente al proceso de parto en la mujer que dura entre 30 y 40 días, llamado puerperio.

"Droga blanca": vocablo alusivo a los medicamentos de la farmacopea occidental que se venden en las farmacias, droguerías, y tiendas.

"Encamada": Denominación para la persona que permanece mucho tiempo acostada, en la cama.

La encomienda: Durante el siglo XVII la presencia española se estableció en forma definitiva, por medio de la evangelización y la creación de los llamados pueblos de indios, creándose igualmente la figura de la encomienda, consistente, en entregar a un español un globo de terreno para su explotación, incluyendo las comunidades indígenas que se

encontraban en su interior. Este sistema provocó un proceso amplio de migración de las comunidades como una forma de evadir este sistema.

Entabardillar: este calificativo da cuenta del estado de ahogamiento producido en los niños por las lombrices que intentan salir por la boca y la nariz debido a su exceso en el organismo.

Está “patente”: Es la expresión de vitalidad del niño visible en el vientre de la madre a través de sus movimientos.

Etiología: Posibles causas de la enfermedad. Concepto de la medicina facultativa que se ha utilizado en el mismo sentido -en este trabajo- para referirse a las enfermedades propias de la cultura *nasa*.

Evangélicos: Expresión genérica para las personas que en sus diferentes vertientes no siguen la religión católica y afirman negar la cosmovisión *nasa*.

Gente pequeñita: En *nasa yuwe* denominada *nasa le'tsy kwe*, es la gente sin rabito o tapanos, que se "alimenta del vapor de las comidas". Según la cosmografía *nasa* vive en el submundo o mundo de abajo *kiwe "d_yl^hu yat* compartiendo exclusivamente con los pijaos.

Guaca de Pijao: Es el entierro donde hay restos humanos precolombinos con elementos de la cultura material de la época, y existe porque los antiguos rehusaron la evangelización y prefirieron enterrarse vivos. Es la señal más tangible de una edad pretérita “antes de dios” que trasciende en tiempo originario al mundo cristiano, devela la conciencia histórica que tiene el grupo de que su origen no es cristiano, que su existencia es antes de dios, antes del dios cristiano.

Guasquitas: Se denomina así a las pulseras que se colocan alrededor del carpo o muñeca en las extremidades superiores como parte del tratamiento para recoger los pulsos. Se elabora a partir de un tejido que se hace con las ramas más menudas de las plantas medicinales.

"Hielo de muerto": Es el mayor exceso de frío en una persona, es el mayor desequilibrio frente al calor, es la ausencia de vitalidad, es la muerte.

Hierbateros: Más conocidos como "yerbateros", son las personas que por interés personal tienen mucho conocimiento sobre el uso y manejo de las plantas medicinales también llamadas "yerbas medicinales". Personas que no fueron predestinadas culturalmente para ser *the' wala*.

Hincadas: Dolores profundos en el cuerpo en forma de punzadas. Término que proviene de hincar como acción de introducir o clavar algo en otra cosa.

"Hincadas que le da el arco": Dolores profundos en el cuerpo en forma de punzadas causados por las malas relaciones con el arco.

"Inconao": Llaga o ulcera en la piel que presenta supuración.

Insubordinación: Poner al desnudo las relaciones de poder que hacen que una visión establezca su predominio sobre las otras. Otras versiones, otros conocimientos, otras voces históricas, han reclamado y han encontrado crecientes espacios de legitimidad. Movimiento que pone en entredicho la hegemonía disfrutada por la ciencia, es necesario apoyar una mirada postcolonial de la disciplina antropológica, de tal manera que algunas posturas hegemónicas que la han caracterizado se relativizen, y se legitimen las otras voces

históricas que han surgido y aquellas que eventualmente pueden surgir, dentro de nuestra propia tradición cultural o por fuera de ella.

Itinerario: Ya definido en el epígrafe de la página 257. Se ha entendido en el presente trabajo como el recorrido que hacen las personas por las diferentes alternativas médicas para encontrar respuestas y solución a los problemas de enfermedad.

Infundía de gallina: Grasa que se produce en el cuerpo de la gallina, es caliente, y al ser extraída y derretida sirve para sobar el vientre de las mujeres embarazadas para controlar los dolores por frío.

Jigra: Bolsa tejida por las mujeres en fibra de fique o lana de ovejo y empleada por hombres y mujeres para llevar sus artículos personales. El *tʰeʷ wala* conserva una jigra exclusiva para guardar las plantas medicinales, coca, mambe, aguardiente, como símbolo del hombre sabio. Durante el ritual de “limpieza”, además de la jigra personal, se utiliza una más grande donde se deposita la coca, el tabaco y aguardiente que consumen las personas que hacen parte del ritual, es la jigra que se voltea.

Juan Tama: Héroe cultural hijo de la estrella y el agua, nacido en la laguna que lleva su nombre. Los *Nasa* se consideran hijos de la estrella, hijos del agua.

"Juetiado": Palabra para referirse a la persona que sobrevivió “al toque de un rayo”. Acción y situación que significa que la persona involucrada fue predestinada para ser *tʰeʷ wala*.

"La casa de los pulsos": Es el carpo o "muñeca" en las extremidades superiores donde se dice que los pulsos se encuentran concentrados. También llama *iis yat* literalmente **"la casa del corazón"**, *iis* ~ corazón, y *yat* ~ casa, la casa de los corazones o pulsos.

Lavada de las varas del cabildo: Es el ritual de refrescamiento que se hace a las varas de los cabildos que entran a gobernar cada año. Se realiza en las lagunas sagradas del territorio *nasa*.

"Mambear": Es la acción de triturar con los dientes en la cavidad oral, las hojas tostadas de coca con porciones de cal muerta y tabaco.

"Mascar": Es la acción de triturar con los dientes en la cavidad oral, las porciones de plantas medicinales.

Medicina tradicional: Término que se utiliza alternadamente en este texto para hacer referencia al saber y a las prácticas curativas *nasa*. No debe confundirse con la nominación que se ha dado a la medicina vernácula de la China.

Médicos tradicionales: Términos empleados alternadamente en el texto para referirse a los *tʰëʔ wala* (ver *tʰëʔ wala*).

Mestizos: Se denominan así por los *Nasa* a los habitantes no indígenas que viven en los espacios de frontera de sus territorios indígenas.

Minga : Es un importante evento de reciprocidad étnica. Es la convocatoria que hace el gobierno del cabildo o un comunero para desarrollar un trabajo en la parcela comunitaria o en la parcela familiar, se invita a las personas según la cantidad de provisiones disponibles

para atender a la gente con comida y bebida durante la faena. Existe un deber implícito de concurrir a una minga, pero de igual forma, quien asista tiene derecho a ser retribuido en el futuro, con recursos de cosecha, o en su propia minga.

“Murió aventao”: Cuando una persona se hincha y se muere.

"Nace animalito": es la expresión para un parto espontáneo antes de término, cuando el feto no está completamente formado.

Nasa: Es el vocablo en lengua *nasa yuwe* con el que se autodenomina la etnia.

Ojitos “para arriba”: “Blanquea los ojos” cuando los ojos no miran fijamente y la esclerótica, membrana blanca que envuelve el globo del ojo, se hace más visible.

“Paciente”: Por paciente se entiende -en el presente trabajo- aquella persona que ha acudido a una o más consultas de cualquier tipo de sistema médico o práctica curativa. En el espacio de la consulta quien acude -"paciente"- es un agente activo en la relación, independientemente de la manera como ésta se desenvuelva: él participa directamente de la interacción que ahí ocurre, y es potencialmente transformador de los significados, representaciones, prácticas y discursos que ahí se desarrollan.

“Paquétrico”: Es un envoltorio meticulosamente elaborado por el *lʰeʷ wala* en papel o en tejidos vegetales que aprovecha -recicla-, de aproximadamente 2 centímetros de ancho por 4 centímetros de largo y de un grosor que no va mas allá de 0.5 centímetro. En él guarda plantas medicinales trituradas.

“pasma”, “pasma”: Es uno de los males asociados a la "dieta" o puerperio por ausencia de cuidados durante este delicado estado de la mujer, se reconoce por los dolores de cabeza y dolores en el vientre.

"Peste brava": cuando la enfermedad está muy avanzada y es enfermedad clasificada como afuerana.

Pijaos: Étnia enemiga, se les imputa el hecho histórico de haberse aliado con los españoles para derrotar a los *Nasa*.

"Placer": Así se llama a la placenta, en algunas partes del territorio de los *Nasa*.

Plantas bravas: Son las más importantes y de uso exclusivo por el *tʰeʔ wala* en su práctica ritual, para identificarlas no se hace necesario inducir la sensopercepción a través del mambeo de coca y tabaco.

Postcolonialismo: La producción teórica postcolonial tiene su origen no tanto en el fin de los regímenes coloniales como en la insubordinación política que enfrenta el proyecto globalizador postmoderno. “La postcolonialidad como perspectiva postmoderna se caracteriza por una actitud y por un pensamiento deconstruccionista (en el sentido de una reflexión crítico, creativa) intertextual e intercultural, por un pensamiento re-codificador de la historia (que descentra la historia), por un pensamiento heterogéneo o híbrido, subjetivo y de radical particularidad, de radical diversidad y por consecuencia universal. La postcolonialidad no es excluyente, sino que incluye la diversidad y la diferencia, es decir, la interacción de diversas series codificadas del conocimiento con la finalidad de desenmascarar aquello que en el colonialismo y neocolonialismo había sido instaurado como la historia, como la verdad irrefutable, como contradictorio e irregular”. (De Toro,1997:20)

Postmodernidad: Sobre la postmodernidad no existe consenso alguno y no todo el mundo esta seguro de su existencia. Para algunos (Habermas 1989, Appadurai 1996) el proyecto moderno aun no concluye y prefieren ver la situación actual como la continuidad de desarrollos que produjeron la profunda ruptura, desde el siglo pasado, entre tradición y modernidad. La postmodernidad se piensa como un proyecto cultural globalizador que expresa la lógica de la fase multinacional del capitalismo (Jameson 1984). El programa globalizador de la postmodernidad es aún más totalizante que el de la modernidad que le precedió, en tanto busca diseminar sus modelos culturales incluso a aquellos enclaves precapitalistas que antes habían sido ignorados, como la mente y la naturaleza (Jameson, 1984:87). Friedman (2004), Harvey (1990), y Jameson (1984), afirman que la postmodernidad resulta de la crisis económica del capitalismo en la década de los años 70s en los países desarrollados. El proyecto postmoderno descansa en la fragmentación, en la abolición de las totalidades, en la abolición de los referentes. La postmodernidad es el universo de los signos desprendidos (separados) de sus significados sociales. Y ésta es una gran paradoja, puesto que persigue la globalización de los referentes culturales a través de la fragmentación. Además, también resulta paradójico que simultáneamente unifique la experiencia del tiempo suprimiendo los planos temporales.

El tiempo postmoderno es un tiempo sincrónico -es decir, detenido- y nuestra experiencia es más espacial más que temporal (Jameson, 1984: 64); aún así, la aldea global es un lugar sin sentido de lugar. O, mejor, es un lugar postmoderno. Aunque la postmodernidad es la lógica dominante de fines de milenio co-existe con otras lógicas con características muy diferentes que oponen estrategias contra-culturales (emergentes, insubordinadas) que los colectivos sociales movilizan para hacer frente a la globalización y a la perdida de sentido.

***p^hta'ndz* o sucio:** No es el sucio que nosotros entendemos por desaseo, mugroso, cochino, inmundo. Es una categoría muy importante y a la vez compleja en la cosmovisión *nasa* que

indica amenaza al medio ambiente, al individuo, a la comunidad, también indica desequilibrio, desarmonía; es el exceso de frío o calor como "malas energías cósmicas".

Puerperio: Es el estado delicado que vive la mujer inmediatamente después del parto, llamado por los *Nasa* "dieta"

Pujo: Es el quejido frecuente que produce el niño como si quisiera evacuar el cuerpo con dolor. Se dice que "se abre el ombligo al pujar".

Pulsero(a): Es él (la) especialista del saber *nasa* encargado(a) de recoger los "pulsos regados".

Pulsos: Son las señas que se sienten en el carpo (ver señas).

Remedios mascados: Son las plantas medicinales convertidas en bolo junto con el mambe compuesto por coca, cal y tabaco, después de ser trituradas en la boca con los dientes.

Sal: Es el aditamento alimenticio (cloruro de sodio). Es prohibido a los *t^hë' wala* porque interfiere en su capacidad de sensopercepción de las señas. Esta sustancia se manipula en el proceso de domesticación de los territorios salvajes al esparcir porciones de sal en los lugares que se quieren domesticar.

Señas: Sensaciones entre la piel y epidermis, "un brincoteo entre el cuero y la carne" que se pueden reconocer en cualquier parte de la piel, tienen múltiples recorridos y direcciones con un alto grado de significancia para los *t^hë' wala*. Potencialmente pueden ser sentidas por cualquier persona pero sólo interpretadas por los *t^hë' wala*. Son fundamentales en la técnica chamánica *nasa*.

Sobandero(a): Es la persona que se encarga de atender los traumas por golpes, luxaciones, fracturas, y tiene el conocimiento y la práctica que le permite sobar el vientre de las embarazadas para acomodar el frío y quitar los dolores. En la cultura *nasa* es una de las especializaciones en el proceso de formación hacia el *tʰëʔ wala* y *tut, mbaʰisa*.

Soplar: Es la acción que realiza el *tʰëʔ wala* después de chupar el sucio. Consiste en soplar fuerte expulsando de su boca el *pʰtaʱdz* ~ “el sucio” con los residuos del mambe (coca, plantas medicinales y tabaco) y hacia la izquierda de su cuerpo con dirección a lo más alto del firmamento.

“Sudado”: Persona que tiene su cuerpo mojado por el sudor causado por acaloramiento interno o externo.

Terrajeros: Los indígenas desplazados de sus tierras que debían pagar con días de trabajo en la Hacienda -sus tierras expropiadas- “[...]el derecho a tener allí casa y sembrado de pancoger; complementando en general con la obligación de trabajar los demás días contra salario rebajado de peón [...]”. (Rojas, Findji, 1985:115) La hacienda de terraje comenzó más o menos a finales de la década del 90 del siglo XIX, y se prolongó hasta el año de 1978 cuando se liberaron los últimos terrajeros.

Territorio sagrado: De igual manera que lo dice Polia (1988:85) el territorio sagrado es una interpretación nuestra de lo que los indígenas piensan de los espacios “encantados” y “poderosos”, que en español literalmente expresan sólo parcialmente el significado que los indígenas atribuyen a estos términos, que se alternan en su uso con “virtudes” y “espíritus” que son “las fuerzas de los genios tutelares de los lugares, siendo incumbencia de los *tʰëʔ wala* evocar la virtud de los lugares y volverla activa”.

thë? wala: Hombre predestinado culturalmente por la visión de duende personificación del trueno que le permite adentrarse en el conocimiento del ecosistema, la etnobotánica y la tradición cultural, hasta llegar a ser gran sabio de la cultura *nasa*. Mal llamado médico tradicional porque su rol trasciende el papel de curador; si se mantuviera esta acepción (médico) sería el médico de lo social, político, económico, de las relaciones del ser humano con el medio ambiente; algo así como el alquimista de lo social y lo natural.

Tierradentro: Denominación que los españoles dieron al territorio ancestral de los *nasa* (Páez) por las grandes dificultades que tuvieron para accederlo en la empresa colonizadora de someter a sus habitantes. Se encuentra en el oriente del Departamento del Cauca (Colombia) y coincide con los municipios de Inzá y Páez.

"Tos de p'arriba": Acción de la respiración para sacar del pecho lo que molesta, y hace muy visible -en la persona- el movimiento del diafragma hacia arriba.

"Trapo": Pedazo de tela desechado de alguna de las prendas que utilizan para vestirse.

Tulpas: Tres piedras que se colocan en el centro de la cocina para mantener el fuego encendido y sobre las cuales se posan las ollas y otros utensilios para preparar los alimentos.

"vagabundos": Término que nace de la elision de los lexemas **vagar** y **mundo**, literalmente vagar por el mundo, pero en este caso se refiere a los hombres que les gusta la relacion con varias mujeres, son "mujeriegos".

Vara de chonta o tama: Es un palo de 60 a 75 cms de largo, es redondo y con un diametro de 2.5 cm, labrado a partir de la madera de la palma llamada chonta que se cultiva en la selva tropical húmeda y reconocida en el chamanismo latinoamericano como árbol mágico.

Simboliza el trueno y su poder, es importante compañía para el *tʰëʔ wala* en los rituales, también se usa como bastón de mando por los cabildantes miembros del gobierno indígena.

"Venidero": También llamado afuerana(o)(s) utilizado por los *nasa* para identificar lo que ha llegado de la sociedad no indígena y se ha quedado entre ellos; en éste caso concreto las plantas medicinales y las enfermedades.

"voltear la seña": Se llama de esta manera al ritual de "limpieza" que en el propósito de controlar la enfermedad restaura las señas a su punto de equilibrio la izquierda, después que esta circulaba en la parte derecha del cuerpo de la persona enferma.

Bibliografía

- Andrade, A. (1990) "Sistemas agrícolas tradicionales en el medio Río Caquetá". En Francois Correa (ed.) *La Selva Humanizada*, Bogotá, CEREC, Fondo Fen Colombia.
- Appadurai, A. (1996) *Modernity at Large*. Cultural Dimensions of Globalization. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Arocha, J. y N. de Friedemann (1979) *Bibliografía anotada y Directorio de antropólogos colombianos*. Bogotá, Tercer mundo
- _____ (Eds.) (1984) *Un siglo de investigación social, antropología en Colombia*. Bogotá Etno.
- Arroyo, Jaime (1907) *Historia de la Gobernación de Popayán*. Popayán, Imprenta del Departamento.
- Artaud, A. (1984) *México: viaje al país de los tarahumaras*. México, Fondo de Cultura Económica.
- Asad, Talal (1991) "From the History of Colonial Anthropology to the Anthropology of Western Hegemony", en George Stocking, Jr.(Ed) *Colonial Situations: Essays on The Contextualization of Ethnographic Knowledge. History of Anthropology Vol 7*. Wisconsin, The University of Wisconsin Press.
- Augé, M (1986) "L'anthropologie de la maladie" *L'Homme*, 26 (1 et 2): 81-90
- Baer, Hans, Merrill Singer & Ida Susser (1994) *Medical Anthropology and the World System. A critical perspective*. USA, Greenwood Publishing Group.

Bergson, Henri (1943) "Resumen y Conclusión". En *Materia y memoria*. Ensayo sobre la relación del cuerpo con el espíritu. Buenos Aires: Cayatano Calomino.

Benoist, Jean (1993) *Anthropologie médicale en société créole*, Paris, Presses Universitaires de France.

Bastien, J. W. (1985) "Etnofisiología andina. Evidencia lingüística, metafórica, etiológica y etnofarmacológica para conceptos andinos sobre el cuerpo". En *Arinsana, Revista de Cooperación Internacional en áreas indígenas de América Latina*, No.1, Cuzco.

Bernal Villa, Segundo (1953) "Mitología y cuentos de la parcialidad de Calderas Tierradentro". En *Revista Colombiana de Antropología*, Vol. 1, No. 1, Bogotá, Instituto Colombiano de Antropología, Antares, p. 279-310

_____ (1954) "Medicina y magia entre los Paeces". En *Revista Colombiana de Antropología*, Vol 2, No.2. Bogotá, Instituto Colombiano de Antropología, Antares, p. 219-264

Bibeau, Guilles (1991) "Entre sens et sens commun". En *Présentación, Societé Royale du Canadá*, Pag 83-91

_____ (1993) "¿Hay una enfermedad en las Américas?, Otro camino de la antropología médica para nuestro tiempo". En Pinzón Carlos Rosa Suárez y Gloria Garay (Eds.), *Cultura y salud en la Construcción de las Américas*, Bogotá, Instituto Colombiano de Antropología, p.41-70

_____ (1997) "Cultural psychiatry in a creolizing world: questions for a new research agenda" *Transcultural Psychiatric Research Review*, 34 (1):9-41

- _____ (2004) *Le Québec transgénique, science, marché, humanité*. Montréal, le Éditions du Boréal.
- Bouysee-cassagne, T. Y O. Harris (1987) "Pacha: en torno al pensamiento aymará". En J. Medina (Ed.), *Tres Reflexiones sobre el Pensamiento Andino*, La Paz, Hisbol, p. 11-59.
- Braudel, Fernand (1979) "La larga duración" en Fernand Braudel, *La historia y las ciencias sociales*, Madrid, Alianza editorial.
- Brunelli, Gilio (1989) *De los espíritus a los microbios –salud y cambio social entre los Zoró de la amazonía brasileña*. Capitulo IV. Sistemas médicos en interacción. Quito No. 10 Colección 500 años Abya-Yala. p.87-123
- Buhler, J. (1977) *Vida y cultura en la edad media*. Traducción de Wenceslao Roces. México, Fondo de Cultura Económica, segunda reimpresión.
- Canguilhem, G. (1982) *Lo Normal y lo patológico*. México, Siglo XXI editores, 4ªEdición.
- Casimir, Jean (1980) *La cultura del oprimido*. México, Editorial Nueva Imagen.
- Cayón Armella, Edgardo (1.983), "Conceptos de la medicina popular en Colombia, prevalecientes en la medicina científica europea de los siglos XVI a XVIII".En *Boletín de Antropología - Memorias-*, Medellín, Departamento de Antropología Universidad de Antioquia.
- Cerón C. P. (1990) *El puma y la india del punturco*. Tesis de grado. Popayán, Departamento de Antropología de la Universidad del Cauca.

Ceron V.E. Y J.A. Montoya (1986) *Programa de atención primaria en salud para comunidades indígenas del Nororiente caucano*. Popayán, Mimeo, Convenio UNICEF-Servicio Seccional de Salud del Cauca.

Chaumeil, J.P.(1991) "Reseaux chamaniques contemporaines et relations interethniques dans le Aut. Amazone (Perou)" En Carlos Pinzón Et. Al (Eds.), *Otra América en Construcción. Medicinas Tradicionales, Religiones Populares*. Memorias Simposio 46 ICA. Bogotá. ICAN-Universidad de Amsterdam.

Coe, R.M. (1984) *Sociología de la Medicina*. Madrid, Alianza Universidad, tercera edición.

Colmenares, Germán (1987) "Formación de la economía colonial" En José Antonio Ocampo, *Historia economía de Colombia*. Bogotá, Siglo XXI editorial, Pág.13 -47.

_____ (1993) "*Catástrofe Demográfica Indígena*", en: *ALA*, Revista de la Asociación Latinoamericana de Archivos. Bogotá, NE13, (enero-julio) 1993.

Comte, A (1995) *Discurso sobre el espíritu positivo*. Barcelona, Altaya.

Comelles, Josep Ma., y Martínez Hernández, Ángel (1993). *Enfermedad, Cultura y Sociedad*. Madrid. Eudema.

Consejo Regional Indígena del Cauca, (CRIC) (1983) *Cómo nos organizamos?* Popayán. Consejo Regional Indígena del Cauca.

Consejo Regional Indígena del Cauca (CRIC) (1997) *La AIC-EPSI como proyecto de vida para los pueblos indígenas*. Popayán. Consejo Regional Indígena del Cauca.

- Corin, E, G Bibeau G. et Al. (1990), *Comprendre pour soigner autrement*, Montréal, Les presses de l'université de Montréal.
- Correa, F. (Editor) (1993) *Encrucijadas de Colombia Amerindia*. Instituto Colombiano de Antropología, Bogotá, ICAN-Colcultura.
- Coseriu, E (1978) *Gramática, semántica, universales. Estudios de lingüística funcional*. Biblioteca Románica Hispánica, Estudios y Ensayos, (número 280) Madrid, Editorial Gredos.
- Crawford, Michael (1992) *Antropología Biológica de los Indios Americanos*. Madrid: Colecciones MAPFRE, 1492,1992.
- Crosby AW. (1986) *Ecological Imperialism: The Biological Expansion of Europe, 900-1900*. New York, Cambridge University Press
- Cubides, Fernando, Ana Cecilia Moya y Carlos Miguel Ortiz (1998) *La violencia y el municipio colombiano 1980- 1997*. Bogotá, Facultad de Ciencias Humanas Universidad Nacional de Colombia. Colección Ces julio
- Davidson, J. (1983) *La sombra de la vida: la placenta en el mundo andino*, Bulletin de L'institut Francais D'etudes Andines N° 3-4, Tomo 12, pag. 69-81
- De Friedemann, N y Jaime Arocha (1985), *Herederos del jaguar y la anaconda. 4. Sibundoyes e Ingas -sabios en medicina y botánica-*, Bogotá, Carlos Valencia editores, p.153-232.
- De Miguel, Jesús M (1980) "Introducción al campo de la antropología médica" en Kenny, Michael y De Miguel, Jesús M. *La antropología médica en España*. Barcelona, Anagrama Pag. 11-40.

- Descola, P. (1988), *La Selva Culta, Simbolismo y Praxis en la Ecología de los Achuar*. Instituto Frances de Estudios Andinos. Quito, Ediciones Abya Yala.
- De Toro, Alfonso (Ed.) (1997) *Postmodernidad y Postcolonialidad: Breves reflexiones sobre Latinoamérica* Madrid, Vervuert, Iberoamericana.
- Diasio, Nicoletta (1999), *La science impure, anthropologie et médecine en France, Grande-Bretagne, Italie, Pays-Bas*. Paris, Presses universitaires de France.
- Douglas, Mary (1998) "La elección entre lo somático y lo espiritual: algunas preferencias médicas" en *Estilos de Pensar*. Barcelona, Editorial Gedisa. (1a, edición inglesa 1996) Pág.38 - 64.
- Duvignaud, Jean (1980) *El Juego del Juego*. México, Fondo de Cultura Económica.1982.
- Fabian, J. (1983) *Time and the Other*. New York, Columbia, University Press.
- Entralgo Lain, Pedro (1984) *Antropología Médica*. Barcelona, Salvat Editores S.A.
- Espinosa, José María (1942) *Memorias de un abanderado*. Bogotá. Biblioteca popular de cultura colombiana. Imprenta Nacional.
- Fainzang S. (1989) *Pour une anthrologie de la maladie en France: un regard africaniste*. Cahiers de l'Homme, Paris, Éditions de L'École des Hautes Études en Sciences sociales
- Faust X., F. (1986) *El sistema médico entre los Coyaimas y los Natagaimas*. Claus Renner Verlag. Hohenschifflarn.

- _____ (1989) *Etnobotánica de Puracé –sistemas clasificatorios funcionales–*. Claus Renner Verlag. Hohenschifflarn.
- Feyerabend, P. (1985) *¿Por que no Platón?*. Madrid, Tecnos.
- Findji, M. Y José M. Rojas (1985) *Territorio, economía y sociedad Páez*. Cali, Universidad del Valle.
- Foster, George (1964) *Las culturas tradicionales y los cambios técnicos*, México, Fondo de Cultura económica.
- Friede, J. (1961) *Vida y Luchas de Don Juan Del Valle, Primer Obispo de Popayán y Protector de Indios*. Popayán. Editorial Universidad.
- Friedman, Jonathan (2004) "Culture et politique de la culture" , *Anthropologie et Sociétés*, vol.28, n°1, p.23-43
- Furlenmeir M (1984) *Plantas curativas y sus propiedades medicinales*. Suiza, Editorial Schwitler Zug.
- Gadamer, H. G. (1992) *Verdad y método*. Volumen 2. Salamanca, Sígueme.
- Gaines, A. D. (1988) "From margin to center: From medical anthropology to cultural studies of science". *American Anthropologist*. 100(1)
- García Canclini, Nestor (1981) *Las culturas populares en el capitalismo*, La Habana de Cuba, Editorial Casa de las Américas.

-
- (1989) *Culturas Híbridas: Estrategias para entrar y salir de la modernidad*. Mexico, Grijalbo.
- García, José Luis (1976) *Antropología del Territorio*. Madrid, Taller de Ediciones Josefina Betancor.
- Gartner, M (1986) *Izquierda y derecha en el cosmos. Simetría frente a la teoría de la inversión del tiempo*. Barcelona, Biblioteca Científica Salvat, número 14.
- Girault, Luis (1987) *Kallawaya, curanderos itinerantes de los Andes*. La Paz, Passim, Quipus.
- Gellner, Ernest (1983) "Tractus Sociológico-Philosophicus". En E. Gellner, *Cultura, Identidad y política*, Barcelona, Gedisa, p. 178-196
- Gleason, H. A (1988) *Introducción a la lingüística descriptiva*. Madrid, Editorial Gredos. Versión española de Enrique Wulff.
- Gómez, H., Carlos Ariel Ruiz (1997), *Los Paeces: gente del territorio –metáfora que perdura-* Popayán, FUNCOP, Universidad del Cauca.
- Gómez, H., H. Portela (1993), "Territorio cultura y the'walas" -. En C. Pinzón, R. Suárez y G. Garay (Eds.) *Cultura y Salud en la Construcción de las Américas. Reflexiones sobre el sujeto social*, Bogotá, Colcultura, p. 279-294
- González, David (s.f.) *Los Paeces o Genocidio y Luchas indígenas en Colombia*. Medellín, Rueda Suelta.

Groot, A M, L.P.Correa y E. Hoikass (1976) *Estudio etnohistórico y arqueológico de la zona nariñense con el fin de establecer los limites y alcances geográficos de las incursiones del imperio incaico*, Bogotá, FINARCO

Gutierrez de Pineda, Virginia (1985) *Medicina tradicional de Colombia*, Vol. I: *El triple legado*, Vol. II : *Magia, Religion y curanderismo* (coinvestigadora Patricia Vila de Pineda). Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, Editorial Presencia.

Habermas, J. (1989), *El Discurso Filosófico de la Modernidad*

Harvey, D. (1990) *The Condition of Postmodernity: An inquire into tha origins of Cultural Change*. Oxford, Blackwell.

Harris, Oliva y Bouysse. Cassagne, Thérèse.(1987) "Pacha en torno al pensamiento Aymará". En: *Tres Reflexiones sobre el Pensamiento Andino*. La Paz, Hisbol.

Hayles, Catherine (1993) *La evolución del caos*, Barcelona, Editorial Gedisa

Hannerz, U (1990) "Cosmopolitans and locals in world culture" en Featherstone, M (ed.) *Global Culture. Nationalism, Globalization and Modernity*, Londres, Sage, pp.237-251

Haro Encinas, Jesús Armando (2000) " Cuidados profanos: una dimension ambigua en la atención en salud" en Perdiguero Enrique y José M. Comelles (eds.) *Medicina y Cultura, estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona, Ediciones bellaterra, pag. 101-161

Henmam, A (1980) *Mama coca*, Bogotá, La oveja Negra.

- Hernández, C (1989) *Reconstrucción etnohistórica del Resguardo de Rioblanco*. Tesis de grado. Popayán, Departamento de Antropología de la Universidad del Cauca.
- Hill, A (1982) *La otra medicina, sistemas de curación no convencionales*. Barcelona, Círculo de Lectores.
- Ibáñez Gracia, Tomás (coordinador) (1988). *Ideologías de la Vida Cotidiana*. Barcelona, Sendai Ediciones.
- INGEOMINAS (1995) *Zonificación para usos del suelo en la Cuenca del Rio Páez*. Popayán, Corporación Nasa Kiwe
- Jameson, F (1984), Postmodernism, or the Cultural Logic of Late Capitalism. *New Left Review* 146 p. 53-92
- Jaramillo G (1987) *Investigación en cultura: Metodologías*. Instituto de Integración Cultural Recinto Quirama. Rionegro-Antioquia, Cuadernos académicos "Avirama", No.4.
- Jimeno, M (1989) *Antropólogos para una Colombia Contemporánea*. Bogotá, Gaceta Colcultura No. 4, Art. 12.
- Jodelet, Denise (1985) "La representación social: fenómenos, concepto y teoría" En: Moscovici, Serge. *Psicología Social*, 2 Tomos, Barcelona, Ediciones Paidós, Tomo II
- Kleinman, Arthur (1988), *The illness narratives. Suffering, healing the human condition*, New York : Basic Books, (1. The meaning of symptoms and disorders, p.3-30)

Lame, Quintín (1973) *Las luchas del indio que bajó de la montaña al valle de la civilización*. Bogotá, La Rosca.

Langdon, Jean E.(1990), "Interethnic proceses affecting the survival of shamans: a comparative análisis" En Carlos Pinzón Et. Al (eds.), *Otra América en Construcción. Medicinas Tradicionales, Religiones Populares*. Memorias Simposio 46 ICA. Bogotá. ICAN-Universidad de Amsterdan.

Langebaek C. (1987), *Mercados y circulación de productos en el altiplano Cundiboyacense. Contribución al estudio de la economía, el poblamiento y la organización social Muisca*. Bogotá, Tesis Departamento de Antropología de la universidad de los Andes.

Laplantine, François (1986) *L'anthropologie de la maladie*. Paris, Payot

_____ (1987), "Des représentations de la maladie et de la guérison à la construction modèles étiologiques et thérapeutiques", en Ann Retel Laurentine (Coor.), *Étiologie et perception de la maladie dans les sociétés modernes et traditionnelles, Collection anthropologie connaissance des hommes*. Paris, Éditions L'Harmattan, p.289-303

Leclercq, G (1973) *Antropología y colonialismo*. Madrid, Alberto Corazón.

Levi Strauss, C.(1981), *Antropología Estructural, Mito Sociedad Humanidades*, México, Siglo XXI editores.

_____ (1982), *El Pensamiento Salvaje*, México, Fondo de Cultura Económica.

Lichnerowicz A, Perroux F, Gadoffre G (1976). *Structure et dynamique de systèmes, séminaires interdisciplinaires du collège de France*, Paris, Maloine.

Loboguerrero, M. y Xochitl Herrera. (1988), *Antropología médica y medicina tradicional en Colombia*, Bogotá, Etnollano, FES, Editorial Presencia.

López Austin, Alfredo (1980) *Cuerpo e Ideología*. México D.F., Universidad Nacional Autónoma de México.

_____ (1989), *Cuerpo humano e ideología, las concepciones de los antiguos nahuas*, México, Universidad Nacional Autónoma de México.

Losoya, J (1991) "La medicina tradicional y la atención a la salud en la América Latina", en Pinzón y otros, *Otra América en construcción: medicinas tradicionales y religiones populares*, Bogotá, Memorias 46 Simposio ICA, ICAN-U. Amsterdam.

Lyotard, J.F. (1994) *La condición postmoderna*. Madrid, Cátedra.

Llanos, H. (1990) "Los espacios sagrados de la cultura agustiniana" En *Identidad, Memorias del V Congreso nacional de Antropología*. Bogotá, ICAN-ICFES

Llobera, J (1980) *Hacia una historia de las Ciencias Sociales*. Barcelona, Anagrama.

Malinowski, B. (1985) *Magia, Ciencia y Religión*. Bogotá, Planeta Agostini.

Mariscotti de Görlitz, A.M (1978) *Pachamama Santa Tierra. Contribución al estudio de la religión autóctona en los Andes centro-meridionales*. Berlín, Indiana 8. Iberoamerikanisches Institut.

Mauss, Marcel (1936) 1968 "Les Techniques du corps". En *Sociologie et Antropologie*. Paris.

Massé Raymond (1995) *Culture et santé publique, les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Montréal. Gaëtan Morin Éditeur ltée.

Mejia, M (1990) *De la Selva Silvestre a la Colonización Mecanizada en el Caribe Colombiano*. Bogotá, Universidad Nacional,

Menéndez, Eduardo (1985) "Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América latina" en *Nueva Antropología*, vol. VII, No.28, Octubre 1985, México.

_____ (1990) *Morir de Alcohol*. México. Alianza editorial.

_____ (2005) "El modelo médico y la salud de los trabajadores" en *Salud Colectiva -Collective Health-*. Buenos Aires. Vol 1, No.1, Abril.

Meyer, Fernand (1987) "Essai d'analyse schématique d'un système médical : la médecine savante du Tibet " en Ann Retel Laurentine (Coor.), *Étiologie et perception de la maladie dans les sociétés modernes et traditionnelles*, *Collection anthropologie connaissance des hommes*. Paris, Éditions L'Harmattan, p.227-250

Ministerio de Salud de la República de Colombia (1992) *Resolución numero 005078 de 1992*, Bogotá, D.C.

_____ (1994) *Decreto numero 2491 de 1994*, Bogotá, D.C.

- _____ (1996) *Perfiles Epidemiológicos, Región suroccidente*. Santafé de Bogotá. Marzo de 1996.
- _____ (1997) *Circular 007 de 1997*. Santafé de Bogotá.
- _____ (1998) Resolución numero 02927 de 1998, Bogota, D.C.
- Mithen Steven (1998) *Arqueología de la Mente*, Barcelona, Critica, Grijalbo Mndadori.
- Mora, Santiago (coord.) (1990) *Ingenierías prehispánicas*. Bogotá, FEN, Instituto Colombiano de Antropología.
- Moscovici, Serge (1985) *Psicología Social*, 2 Tomos, Barcelona, Ediciones Paidos, Tomo II
- _____ (1979) *El Psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires, Editorial Huemul. 1961.
- Murra, J.V (1975) *Formación Económica y Política del Mundo Andino*. Lima, Instituto de Estudios Peruanos.
- Nasa Kiwe, Corporación para la Reconstrucción de la Cuenca del Río Páez (1997) *Análisis descriptivo de medio ambiente en Tierradentro*, Popayán.
- Oberem, U (1981) "El acceso a los recursos naturales de diferentes ecologías en las sierra ecuatoriana (siglo XVI)". En *Contribución a la Etnohistoria Ecuatoriana*, editado por S. Moreno y U. Oberem, pp. 45-72. Instituto Otavaleño de Antropología, Otavalo.

Ospina, V (1989) *Territorio y resistencia Páez: saber chamánico en el Cauca y en Colombia*. Tesis de grado, Departamento de Antropología, Universidad del Cauca. Popayán.

Palacios, L.A (1990) *Concepciones médicas y cosmovisión en Puente Tierra, Totoró*. Tesis de grado, Departamento de Antropología, Universidad del Cauca. Popayán.

Pedersen, Duncan (1991) "Curanderos, divinidades, santos y doctores. Elementos para el análisis de los sistemas médicos", en Carlos E. Pinzón y otros (Editores) *Otra América en Construcción: Medicinas Tradicionales y Religiones Populares*. Bogotá, ICAN-46 ICA, p. 292-336.

_____ (1999) "El impacto de la pobreza, el racismo y la violencia política sobre la salud de los pueblos indo-américanos" En M.N.Bronfman y R. Castro (Eds.), *Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina*. México, EDAMEX e Instituto Nacional de Salud Pública, Pag. 163-184.

Pedraza, Z (1999) *En cuerpo y alma, visiones del progreso y de la felicidad*, Bogotá, Departamento de Antropología de la Universidad de los Andes, CORCAS Editores.

Pérez, Tamayo R (1985) *Enfermedades viejas y enfermedades nuevas*. Siglo XXI Editores, 1. Ed., México

Pinzón, Carlos, Rosa Suárez y Gloria Garay (eds.) (1993) *Cultura y salud en la construcción de las Américas, reflexiones sobre el sujeto social*. Bogotá D.C. Instituto Colombiano de Antropología, Comité Internacional para el desarrollo de los pueblos.

Piñacue, J. (1994) *Fundamentos filosóficos de la cultura Páez*. Popayán, CRIC

Polia, M.(1988), *Las lagunas de los encantos*, Piura, Central Peruana de Servicios.

Portela, Hugo (1998) *El estado del arte de la investigación sobre las culturas de la salud en el suroeste colombiano. Informe año sabático*. Popayán. Departamento de Antropología Universidad del Cauca.

_____ (2000) "La relación cuerpo-cultura en los compuestos sintácticos de la lengua Páez". En *Revista de la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales*. Volumen No.3. 2. Popayán. Universidad del Cauca.

_____ (2002) *La cultura de la salud Páez, un saber que perdura para perdurar*. Popayán, Editorial Universidad del Cauca.

Posada Gutierrez, Joaquín (1971) *Memorias histórico políticas*, Vol 3. 1971. Medellín. Editorial Bedout.

Prat, J. y J. Pujadas, y J. Comelles, (1980) "Sobre el contexto social del enfermar". En M Kenny y J.De Miguel (Ed.), *La antropología médica en España*, Barcelona, Anagrama, pp. 43-68

Press, Irving (1978) "Urban-folk medicine: a functional overview". En *American Anthropologist*, vol 80, no.1.

_____ (1980) "Problems in the definition and classification of medical systems" *Soc. Sci. Med.* 14B, 1.

Ramírez, M. C. (1989), "Discusiones y reflexiones sobre la etnohistoria de los grupos indígenas Kamsa e Inga del valle del Sibundoy". En *Revista del Instituto Andino de Artes Populares*, No.4.Pasto, p.43-50

- Rappaport, J. (1990) *The Politics of memory: Native Historical Interpretation in the Colombian Andes*. Cambridge University Press.
- República de Colombia. Ministerio de Salud (1992) *Ley 100 de 1993*, Bogotá, D.C.
- Restrepo Zea, Estela (1997) "La Farmacia Ilustrada. 1750-1820", en: Schering-Plough S.A, *El Medicamento en la Historia de Colombia*. Bogotá.
- Rivers, W.H.R. (1924) *Medicine, Magic and Religion*. Londres, Kegan, Paul, Trench, Trubner & Co, Ltd.
- Rojas R. Sobeida (1997) "¿La era de la Medicina Alternativa?". Revista *El Mundo al Vuelo*. No. 226.
- Seijas, Haydee (1969) *The Medical System of the Sibundoy Indian*. Tesis para doctorado en filosofía. Departamento de Antropología, Tulane University, Estados Unidos
- Soriano Lleras, Andrés (1966) *La Medicina en el Nuevo Reino de Granada Durante la Conquista y la Colonia*. Bogotá, D.E. Imprenta Nacional.
- Sotomayor Tribín, Hugo (1997) *Guerras, enfermedades y médicos en Colombia*. Santafé de Bogotá. Escuela de Medicina Juan N. Corpas. Editorial Orion.
- _____ (1991) "Un enfoque de la praxis médica indígena en la prehistoria colombiana", en: *Actualidades Médicas. Volumen V-NE4*, mayo, 1991, Colombia
- Suárez M, Roberto (Compilador) (2001) *Reflexiones en salud: una aproximación desde la antropología*. Santa Fe de Bogotá. Universidad de los Andes.

- Tabares Trujillo, Rosa Elizabeth (1993) La mortalité chez les indiens Paez du Resguardo de Jambalo en Colombia. Memoria de maestría. Montréal. Universidad de Montréal
- _____ (2002) *État nutritionnel, morbidité et mortalité. Le cas des Awa-Kwaiker, des Embera et des Paez de la Colombie, un modèle bio-culturel en Anthropologie*. Tesis de Doctorado. Montréal. Universidad de Montréal.
- Taussig, Michael (1979) "Folk healing and the structure of conquest in the southwes of Colombia" En *Journal of Latin American Lore* (2): 35. USA
- _____ (1987) *Shamanism, Colonialism and the Wild Man. A Study in Terror and Healing*, Chicago, University of Chicago Press.
- Tibon, G (1981) *La triade prenatal*. México, Fondo de Cultura Económica.
- Uribe, M.V. (1985) "Etnohistoria de las comunidades prehispánicas del sur de Colombia" en *Anuario de Historia Social y de la Cultura*, Bogotá.
- Urrea Giraldo, Fernando y Zapata Ortega, Diego (1992) "El síndrome de los nervios en el imaginario popular en una población urbana de Cali". En Instituto Colombiano de Antropología, *Revista Colombiana de Antropología*. Bogotá D.C. Vol. XXIX.
- Urrutia, M. (1991) "*Tiempos y lugares alcanzados*". Popayán, Tesis de grado. Departamento de Antropología, Universidad del Cauca.
- Valero Salas, José (2003) La antropología médica en las sociedades de riesgo, en *Catauro Revista Cubana de Antropología*, La Hahana, Año 4 No.7, p : 33-52

Viveros, Mará (1993) "La Problemática de la Representación Social y su utilidad para los Estudios de Salud y Enfermedad". *En Boletín Socioeconómico*, N° 26. Bogotá, D.C.

Wartenberg L.(Coordinadora) (1990) *Una década de producción antropológica en Colombia, Catálogo bibliográfico*. Bogotá, ICAN-COLCULTURA, Banco de la República, Fundación para la Promoción de la Investigación y la Tecnología.

Anexo No. 1

Encuesta

EL ITINERARIO DE LOS SABERES Y PRÁCTICAS CURATIVAS Y SU EFICACIA SIMBOLICA, Tóez-Caloto y Tóez Tierradentro 2005

Encuesta No. _____ Responsable de la encuesta: _____

Fecha: _____ Lugar: _____

Persona entrevistada: _____ y Lugar que ocupa en la familia _____

1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRAFICAS

1.2. Pertenencia étnica: _____

1.1. Composición familiar:

Orden	Nombre	(1)Sexo	(2)Edad	Parentesco	(3)Nivel educativo (*)	(4)Pertenencia al SNSS(**)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

(*) 1. Alfabeto(a), 2. Analfabeta(o), 3. Primaria incompleta, 4. Primaria completa, 5. Secundaria incompleta, 6. Secundaria completa, 7. Técnico intermedio, 8. Universitario incompleto, 9. Universitario Completo

(**) 1. Particular, 2. Contributivo, 3. Subsidiado, 4. Vinculado

2. RELATIVAS A LA VIVIENDA

<p>2.1 Tipo de vivienda.</p> <p>1-<input type="checkbox"/> Casa independiente, 2-<input type="checkbox"/> Cuarto o cuartos, 3-<input type="checkbox"/> Vivienda en construcción, 4-<input type="checkbox"/> Otros _____</p> <p>2.2 Características de tenencia.</p> <p>1-<input type="checkbox"/> Propia , 2-<input type="checkbox"/> Arrendatario.</p> <p>2.3 Características de la vivienda.</p> <p>1 Pisos _____</p> <p>2 Paredes _____</p> <p>3 Techos _____</p>	<p>2.4 Acueducto 1. <input type="checkbox"/> SI 2. <input type="checkbox"/> NO</p> <p>2.5 Alcantarillado 1. <input type="checkbox"/> SI 2. <input type="checkbox"/> NO</p> <p>2.6. Disposición de basuras</p> <p>1-<input type="checkbox"/> como abono, 2-<input type="checkbox"/> comida para animales 3-<input type="checkbox"/> a campo abierto.</p> <p>2.7. Interconexión eléctrica 1. <input type="checkbox"/> SI 2. <input type="checkbox"/> NO</p> <p>2.8. Combustible usado en las cocinas</p> <p>1-<input type="checkbox"/> Leña, 2-<input type="checkbox"/> Gas, 3-<input type="checkbox"/> Energía eléctrica 4-<input type="checkbox"/> Otro.</p>
---	--

3. RELATIVAS AL HOGAR

<p>3.1 Personas que componen el hogar.</p> <p>1-Número de personas _____</p> <p>3.2. Murió alguien de la familia en el último año.</p> <p>1- <input type="checkbox"/> Si 2-<input type="checkbox"/> No Cual fué la causa? _____</p>	<p>3.3 Cuartos de que dispone el hogar dentro de la vivienda.</p> <p>1. Número de cuartos. _____</p> <p>3.4 Cuartos empleados como dormitorios.</p> <p>1. Numero de cuartos _____</p>
--	---

Observaciones :

4. CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS

<p>4.1 Uso de la tierra en hectáreas:</p> <p>1. Agricultura <input type="checkbox"/> Has. 2. Pastos <input type="checkbox"/> Has. 3. Praderas enmalezadas <input type="checkbox"/> Has. 4. Rastrojo <input type="checkbox"/> Has.</p> <p>4.2 Recursos pecuarios:</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Gallinas 2. <input type="checkbox"/> Cerdos 3. <input type="checkbox"/> Vacas 4. <input type="checkbox"/> Patos 5. <input type="checkbox"/> Terneros</p>	<p>4.3. Posición ocupacional de la cabeza de familia.</p> <p>1. _____</p> <p>4.4 Rama de actividad</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Agricultura, 2. <input type="checkbox"/> Ganadería, 3. <input type="checkbox"/> Artesanía 4. <input type="checkbox"/> Comercio, 5. <input type="checkbox"/> Servicios, 6. <input type="checkbox"/> Otros _____</p>
---	---

5. RELATIVAS A LAS ALTERNATIVAS DE ATENCIÓN EN SALUD

<p>5.1. Cuales son las enfermedades mas frecuentes desde la clasificacion de la medicina facultativa?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>5.2 Conoce otros saberes y practicas curativas diferentes al saber <i>nasa</i>? Cuales?</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p>4. _____</p> <p>5.3. Razones por las cuales buscarían atención en la medicina facultativa</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>5.4. Razones por las cuales buscarían atención entre los curanderos.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>5.5. como ha sido la atencion recibida cuando ha acudido a otros saberes y practicas curativas?</p> <p>1-Saber nasa 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 2-Curanderos 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 3-Programa CRIC 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 4-Inst. de salud 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/></p> <p>1- <input type="checkbox"/> Bueno, 2- <input type="checkbox"/> Más o menos bueno, 3- <input type="checkbox"/> Menos bueno, 4- <input type="checkbox"/> No responde</p>
--	--

Anexo No. 2

Muestra de dibujos de la estrategia metodológica

"la niña ta los ojos muy blancos, ta picando también el ojo está muy blanco, esta picando enfermedad, descolorido los ojos. Antes de tomar a hacerle el tratamiento darle aguitas para que salve la enfermedad. Si no viene, ahí donde está no le ha puesto cuidado, entonces se acaba de agravar más *cas' h'uka c'ikme*: Que el ojo está muy blancao."

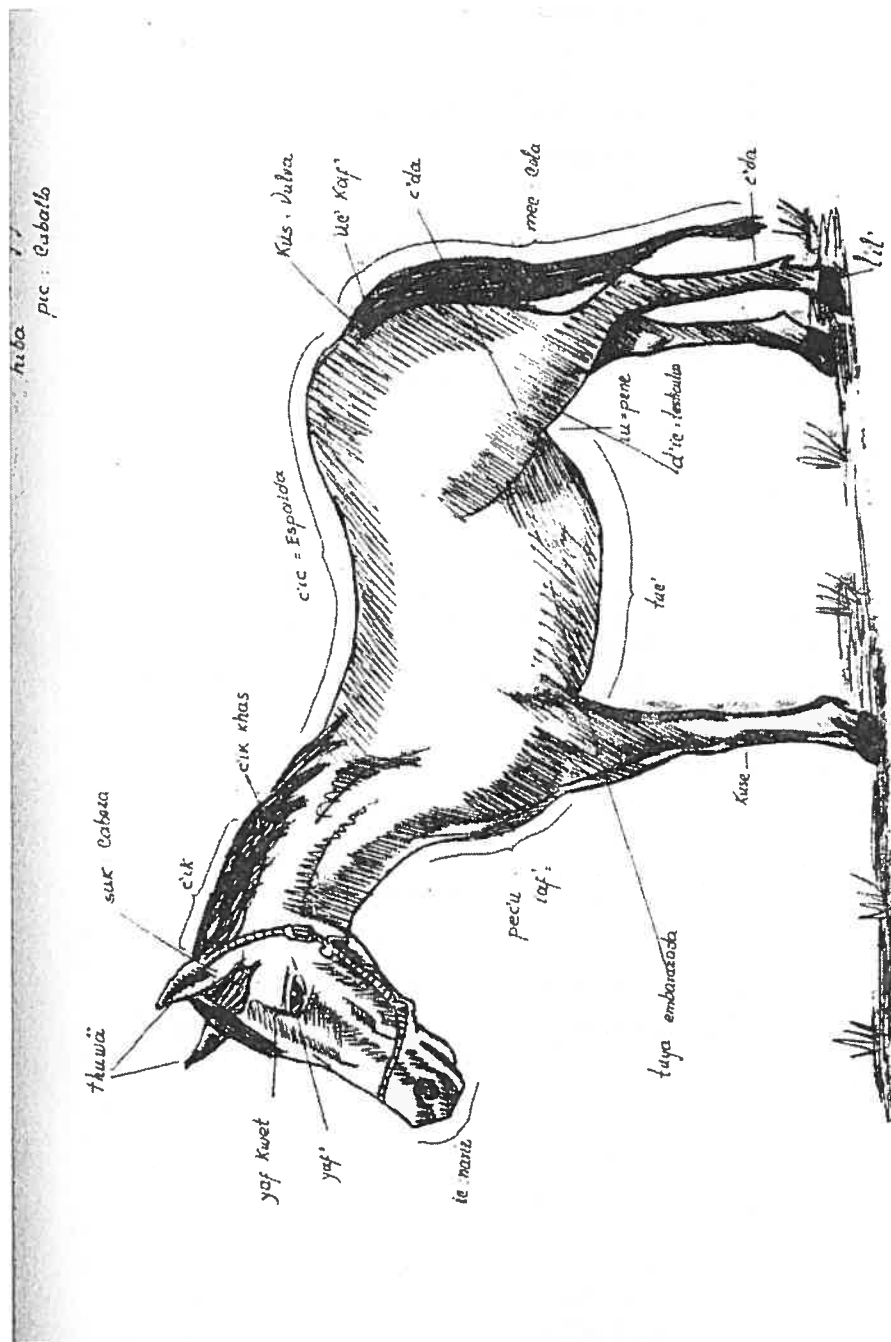


niña nasa

* Que está cambiando, que no come a gusto, falta de aguitas y traseboca mucho. Eso lo que lo produce, es el mismo que se cansan y hay veces se baña, entonces cambia... refrescailo para bañarse... es el mismo que bien colado se baña y eso es lo que auge... si es de bañar hoy que bañar bien de mañana, a la madrugada. Enfermos así por eso que más locutta y a la hora mal comido se enferma puede ser hombre puede ser niño puede ser señora.



Hombre nasa

Caballo /hi^mba/

Anexo No. 3

Participación de los indígenas del Departamento del Cauca en cada una de las sub-regiones.

La diversidad de ecosistemas tanto como la hidrografía han sido factores fundamentales en la configuración subregional del Departamento. En sus casi tres millones de hectáreas se encuentran desde nieves perpetuas hasta las selvas húmedas tropicales pasando por la estrella fluvial colombiana, los valles interandinos, las áreas protectoras de páramo y subpáramo, como las más relevantes.

Para el presente contexto propongo las nueve subregiones en que se dividió el Cauca¹³³: **Norte**, conformada por los municipios de Buenos Aires, Padilla, Puerto Tejada, Corinto, Miranda, Caloto, Santander de Quilichao y Suárez; **Oriente** con Silvia, Jambaló, Caldono, y Toribío; **Occidente** con López de Mícay, Timbiquí y Guapi; **Centro** con el Tambo, Puracé, Timbío, Totoró, Popayán, Piendamó, Cajibío y Morales; **Tierradentro** con Inzá y Páez; **Macizo** con Rosas, La Sierra, Sotará, La Vega, Almaguer y Bolívar; **La Bota Caucana** con San Sebastián, Santa Rosa y Piamonte, **El Patía**; con Patía y **el Sur** con Mercaderes, Florencia, Argelia y Balboa. (no abordaré las dos últimas)

Rápidamente se pueden ver como se distribuyen los pisos térmicos por regiones.

¹³³ El estudio “Hacia la construcción de programas integrales de salud con participación comunitaria y procesos democráticos” que coordiné entre los años 2001-2003 vislumbraba esta división, que después fue retomada en otros trabajos (Gómez, Ruíz:1997)

Tabla No. 32 Distribución de pisos térmicos por regiones y relación con los 2000 m.s.n.m.

REGIONES	AREA en Has.					En relación con 2000 m.s.n.m	
	Páramo	Frío	Medio	Cálido	TOTAL	encima	debajo
Norte	12.200	33.400	183.800	57.800	287.200	15.9	84.1
Oriente	67.100	102.600	21.300		191.000	88.8	11.2
Occidente	---	30.900	87.800	641.500	760.200	4.0	96.0
Centro	70.300	72.600	308.700	111.700	563.300	25.4	74.6
Tierradentro	58.400	93.100	50.400	1.000	202.900	74.6	25.4
Macizo	34.900	89.200	118.000	10.600	252.700	41.1	50.9
Patia	---	37.400	44.000	51.600	133.000	28.1	71.9
Bota Caucana *	19.800	22.000	1.800	---	43.600	95.9	4.1
Sur**	---	---	51.600	36.600	88.200	---	100.0
TOTAL	262.700	481.200	867.400	910.800	2'522.100		

*Solo incluye la información de San Sebastián

**Sólo incluye información de mercaderes

Fuente : IGAC, 1995.

La fuente no define con exactitud la altura sobre el nivel del mar de cada piso térmico, pero haciendo uso de la clasificación más generalizada se puede afirmar que el parámetro que distingue lo frío y el páramo de lo medio y lo cálido se sitúa en los 2.000 m.s.n.m.; y esto significa que aproximadamente 743.900 Has. (29.5%)¹³⁴ del Departamento están por encima y 1.778.200 (70.5%) por debajo. Nótese que las regiones de oriente, (Tierradentro) y el Macizo concentran el 66% de las tierras altas (490.900 has), y que las regiones del Norte, Pacífico, Centro y Macizo, reúnen el 85.5% (1.519.900 has) de las partes bajas. las regiones de Tierradentro, oriente, y Bota Caucana son casi en su totalidad de clima frío, mientras que el Macizo tiene prácticamente la mitad.

La relación con los 2000 m.s.n.m. se resalta porque está estrechamente ligada con el desarrollo de las regiones; el desarrollo capitalista de nuestro país se ha dado por debajo de los 2.000 m.s.n.m., y particularmente en los valles interandinos y las regiones de las

¹³⁴ Aunque la Gobernación del Departamento habla de 952.918 has (31.3%) ubicadas entre los 2.000 m.s.n.m. y los 4.000 m.s.n.m., y Alfredo Molano y Constanza Ramírez establecen que el área por encima de los 2.000 m.s.n.m. es de 536.263 has.

cuencas de los ríos Cauca y Magdalena. En estas últimas se han verificado los más grandes y traumáticos fenómenos de aglomeración urbana, de modernización agropecuaria, de explotación intensiva de la tierra, de infraestructura, de comunicaciones, de mercado laboral, de presencia del Estado, de economía campesina y en general, se han concentrado los mayores contrastes de un desarrollo periférico, mientras que el trópico de las partes altas y bajas ha permanecido económica, social, política y culturalmente invisible hasta hace apenas unos pocos años.

En el Cauca este rasgo se expresa en varios hechos: por un lado el poder concentrador del Valle del río Cauca (al norte), el Valle de Pubenza (al centro) y el Valle del Patía, y en menor medida las localidades ubicadas a lo largo de la carretera Panamericana que al integrarlas entre si y con el resto del país configuran un eje vertebral del desarrollo regional. Allí se encuentran los dos principales centros poblados, el 59% de la población, y el 29.5% del área departamental, la actividad comercial y financiera, la mayor parte de equipamientos colectivos y de la infraestructura moderna, una mayor exposición a los medios masivos de comunicación, entre otros aspectos; mientras que áreas correspondientes a las selvas amazónicas, las selvas del pacífico y las protectoras de reserva han sido dejadas a merced de una serie de procesos contradictorios, en tanto han escenificado la vigencia de los proyectos autonómicos indígenas, la presencia de organismos político militares paraestatales, la emergencia de una cultura de la legalidad relajada precisamente por la precariedad del Estado, la reproducción de relaciones y de sistemas económicos de corte solidario-tradicional y de subsistencia.

A continuación se resaltaré la participación actual de lo indígena en cada una de las subregiones.

Subregión de la Bota Caucana

El 16 % del departamento corresponde a la bota caucana y solo contiene el 2 % del total de la población. Internamente el 2% de su territorio pertenece a indígenas Ingas y Yanaconas que en cambio representan el 20% de los habitantes de la Bota caucana (ver Tabla No 5) Geográficamente esta subregión se ubica en el Piedemonte amazónico, a lo largo de la cuenca alta del río Caquetá y ha sido escenario de tres fenómenos que juntos prefiguran sus rasgos mas singulares: es frontera de colonización, posee un probado potencial de hidrocarburos y en los últimos años han sido creadas dos municipalidades nuevas que por razones obvias constatan un intenso juego de intereses económicos y políticos, muy a pesar de haber sido durante mucho tiempo tierra de nadie.

Subregión del Macizo

El macizo es el 8% del Cauca y sus habitantes representan casi el 13% del total departamental. Los Yanaconas son el único pueblo indígena presente en la región con una participación territorial del 15% y demográfica del 11%.

Tabla No 33. Población de cada grupo étnico en el Cauca por regiones.

Región	<i>nasa</i>	Guam-bianos	Yanaconas	Coconucos	Totoroes	Ingas	<i>eperá sia pidaras</i>	Total
1. B. Caucana	--	--	3.812	--	--	1.341		5.153
2. Macizo	--	--	16.928	--	--	--	--	16.928
3. Centro ⁽¹⁾	7.843	730	--	6.867	4.490	--	--	19.930
4. occidente	--	--	--	--	--	--	2.587	2.587
5. Norte	15.874	--	--	--	--	--	--	15.874
6. Oriente	46.836	17.901	--	--	--	--	--	64.737
7. Tierradentro	43.475	--	--	--	--	--	--	
Total	114.028	18.631	20.740	6.867	4.490	1.341	2.587	168.684

Fuente: CRC 1.997

⁽¹⁾ No incluye 980 habitantes de resguardo Alto del Rey que es considerado de una etnia indefinida.

Probablemente la mayor especificidad de los yanaconas radica en la capacidad que han mostrado de convertir una posición de subalternidad en un factor de identidad étnica contemporánea. El término yanacona designa una condición social de sometimiento y servidumbre que desde el tiempo del imperio Inca les era asignado a comunidades enteras, y que los españoles supieron aprovechar para abrir frontera y crear poblaciones cabeza de punta del proceso colonizador. La encomienda los sujetaba obligándolos a producir excedentes agrícolas y mano de obra para las explotaciones auríferas, tan importantes en la primera bonanza del oro como la de Almaguer, quedando luego a merced de las grandes haciendas que de cualquier manera no reñían con el acceso a la tierra por parte de las familias indígenas.

En este sentido los actuales territorios Yanaconas corresponden a algunos espacios en los que pudieron recrear las distintas tradiciones indígenas de origen andino al amparo de unas formas de organización política abiertas y poco inclusivas. De hecho en el ideario étnico son irrelevantes los grandes liderazgos históricos y los discursos de resistencia, su pensamiento sobre lo indígena es ambiguo y difuso, sólo en las dos últimas décadas han promovido prácticas en función del control territorial, la recuperación de la identidad y la cultura, la validación del sentido de lo comunitario, etcétera.

Lo yanacona es entonces una palabra en busca de su significado, que dadas las circunstancias históricas debe enfatizar más los elementos prospectivos que ideas alrededor de supuestas continuidades “raciales”, lingüísticas y organizativas, que en cambio los *Nasa* y los guambianos invocan permanentemente.

Subregión Centro

Esta subregión tiene el 19% del territorio departamental y el 34% de la población caucana. Aproximadamente tres cuartas partes de su área están por debajo de los 2.000 m.s.n.m., los territorios indígenas representan el 15% de su extensión y apenas el 5% de los habitantes son indígenas guambianos, *nasa*, totoroos, y coconucos.

Como lo había anunciado, su mayor especificidad está dada por la prosperidad del proyecto colonial, la intensidad de los procesos de mestizaje, la centralidad administrativa, la aglomeración urbana y el afianzamiento de una economía campesina parcialmente vinculada al mercado mediante la producción del café, algunos excedentes agrícolas y parte de la mano de obra que por períodos no alcanza a ser absorbida por las unidades socioeconómicas básicas.

Por ser el eje de las distintas campañas de sometimiento de indígenas, durante mucho tiempo el sentido de la resistencia étnica se tejió alrededor de este valle interandino, aprovechando las fronteras naturales que ofrecía la cordillera central en especial; mientras que muchas otras identidades fueron sumergidas bajo el peso de la fuerza homogeneizadora, que al fin y al cabo obtuvieron unos resultados bastante relativos a juzgar por lo que hoy se observa.

El centro es la región con mayor número de grupos indígenas y esta cualidad es en últimas el resultado de un fenómeno que salvo en el Macizo no se repite en ninguna otra región: el resurgimiento político de grupos étnicos abrumados por la campesinización y el mestizaje, que no obstante las discontinuidades en las dos últimas décadas decidieron adoptar modelos de organización indígenas bajo un ideario político cargado de reivindicaciones cualitativamente distantes de las campesinas, y de los fundamentalismos lingüísticos y raciales que por ejemplo, los *nasa* y los guambianos si han invocado. En ellos el ser indígena antes que estar encerrado en una imagen estereotipada, ha sido una opción -

política- que maduró bajo condiciones singulares recientes de organización y movilización social.

Es igualmente significativo la persistencia de un resguardo y un cabildo indígena como El Alto del Rey -municipio del Tambo- que curiosamente no ha construido una identidad étnica diferenciada de las demás; de hecho en los distintos análisis es relacionado como un grupo “indefinido”, con unos patrones por demás semejantes a lo campesino.

La presencia de los guambianos en dicha subregión es reciente y básicamente responde a una estrategia de semicolonización familiar, desarticulada en lo político puesto que no se vislumbra como un proyecto de ampliación territorial o inclusión de pisos térmicos templados al control microvertical característico de los Andes. Son si se quiere pequeños enclaves con niveles mínimos de cohesión entre si y con el territorio madre -Guambía- de donde salieron en parte por las condiciones de estrechez ya mencionadas y por una suerte de diferencias que una vez afuera se profundizaron con nuevos ingredientes.

Estos guambianos de la parte baja, como se hacen llamar, constituyen un corredor étnico supra regional en el sentido que los cabildos se localizan en los municipios caucanos de Piendamó, Morales, y en el municipio Huilense de La Plata, además de los pequeños núcleos localizados en el Tambo y Totoró principalmente.

Quizá por el tipo de relaciones a que se ven sometidas estas comunidades, buena parte de su vigencia política se ha logrado cobijando bajo su propia organización una base social no guambiana e incluso no indígena. En el resguardo La María, por ejemplo, comparten territorio y programas con campesinos pobres y sin tierras matizando de esta manera lo indígena por lo indígena y, más bien, proponiéndolo como una forma o estilo de agregación de intereses sociales afines de distintos sectores. Al igual que los Coconuco y los Totoró, la organización indígena arrastra ante todo una racionalidad política más que una identidad exclusiva y excluyente. No pasa lo mismo en las comunidades paeces que evocando una noción de pueblo muestran una mayor capacidad de articulación regional.

Subregión Occidente (Costa Pacífica)

Esta subregión tiene el 28% del territorio caucano y el 6.7% del total de la población; a la vez que el 7.4% de su área corresponde a resguardo y el 3.3% de los habitantes son indígenas. Pero sin duda la mayor particularidad de esta región está dada por la cuenca del Pacífico o del Chocó biogeográfico compuesta por una ecología de selva tropical húmeda, escenario de la mayor parte de los asentamientos humanos que según los cálculos disponibles corresponden a comunidades étnicas: negras en un 90%, indígenas en un 3%-5% y colonos, mestizos y blancos el 5% restante.

Contrario al modelo andino, la territorialidad indígena en esta sub-región tiende a estar más ligada al control efectivo de los recursos naturales de la selva que a la explotación doméstica de la tierra, en virtud a que el contorno predominante se rige por un juego frágil de equilibrios entre los sistemas bióticos y abióticos que de hecho han condicionado unos modelos de economía “refractarios” a la racionalidad agrícola moderna, sobredimensionadora del factor suelo, precisamente porque la formación de capa vegetal es insignificante, encontrándose a cambio una película de humus con bajos contenidos de minerales y otros componentes.

Bajo estas condiciones las comunidades han debido desarrollar una serie de actividades extractivas y artesanales sujetas a los ciclos naturales y a una escala que no nos permite hablar de fronteras o espacios rotulados por economías más o menos especializadas, sino de un tejido de interdependencias variable en la medida que su intensidad y localización depende de la disponibilidad a veces estacionaria de los recursos mineros, pesqueros, madereros, etc., es decir, que muy probablemente la noción de territorialidad étnica se adopta según sea el comportamiento cíclico de los recursos naturales y la capacidad social de apropiarse de los “excedentes” así producidos sin comprometer la base de su existencia futura.

Este principio de sustentabilidad ambiental introduce una experiencia de territorio naturalizada, mas aún cuando las disputas por el espacio y las fronteras parecen haber sido irrelevantes, entre otras razones por la amplitud de la región y la lógica ambiental de las relaciones económicas; de ahí la precariedad de un discurso histórico y político sobre el control territorial, sobre la autonomía territorial, que pudiera exhibir y validar ante agentes no indígenas desde mucho tiempo presentes en la región, tales como los negros, algunos colonos, las empresas internacionales explotadoras de oro, madera y pesca principalmente, etc. Pero al mismo tiempo llama la atención una precariedad similar en torno a los recursos naturales expoliados de manera inclemente.

Sin embargo las recientes expectativas sobre la cuenca del Pacífico y los derechos reconocidos a las negritudes a través del artículo transitorio 55 de la Constitución Política de Colombia y la ley 70 del 94 incorporan nuevos elementos a las relaciones interétnicas, que desde ya estimulan elaboraciones étnicas en torno al concepto de frontera y sobre la megabiodiversidad que poseen, con la singularidad adicional que le otorgan los aires de globalización ausentes en las experiencias históricas de las comunidades andinas.

Subregión del Norte

Es en ésta sub-región donde la trama de la interculturalidad y lo interétnico ha logrado claras expresiones territoriales, políticas y socio-culturales: en buena medida por el tipo de desarrollo económico predominante enganchado a un capitalismo de corte agrario y recientemente industrial, dependiente de las dinámicas del vecino Departamento del Valle del Cauca.

En efecto, las grandes haciendas, las empresas agroindustriales, la cercanía a Cali entre otros factores han activado un juego intenso de relaciones económicas sensibles a los vaivenes de la economía nacional. En general han predominado procesos contradictorios e intensos de mercado formal, informal y especulativo con unos niveles de acumulación que

hasta ahora han sido capitalizados por sectores sociales y culturalmente ajenos a la región; lo que ha incidido para que en el norte del departamento no haya prosperado una elite regional que agregue intereses y valide proyectos políticos integradores.

Mas bien ha sido escenario de actividades productivas especializadas, de una marcada movilidad de mano de obra barata, de empresas agroindustriales que absorben una proporción muy pequeña de dicha mano de obra y de unidades sociales y económicas campesinas, indígenas y negras vinculadas de manera diferencial a los mercados.

Si se coteja la estructuración económica de la región con las características socio-culturales de la población se encuentran por lo menos tres fronteras socio-culturales con una suerte de correspondencias bastante singulares: las comunidades negras se ubican en las riveras del río Cauca y sus afluentes con son aproximadamente 180.000 personas (69%), compartiendo una serie de condiciones económicas desligadas de la tierra o al menos de la producción agropecuaria familiar. Sus parcelas han sido absorbidas por las plantaciones de caña bajo un sistema de arreglos y contratos que a la postre los enajenan de la tierra, bien sea porque la pierden de hecho o porque las técnicas de explotación utilizadas por las empresas las agotan al máximo, dejándola virtualmente improductiva.

Esta desvinculación de la tierra los ha colocado políticamente al margen de los problemas agrarios de tenencia y propiedad y, simultáneamente, ha liberado el único recurso del que disponen: la mano de obra o, la fuerza de trabajo, que de hecho los ha habilitado para participar en un mercado laboral amorfo en el sentido que acusa una gran informalidad e inestabilidad.

Tabla No.34 Participación demográfica y territorial de los indígenas en el Cauca

Regiones	Extensión territorial Has.			Población		
	Municipios No. Has.	Territorios indígenas		General No. Habts.	Indígena	
		No. Has.	%		No. Habits	%
1. Sur	169.900	-0-	-0-	70.514	-0-	-0-
2. Patia	72.300	-0-	-0-	29.360	-0-	-0-
3. Bota caucana	455.900	10.678	2.2	25.426	5.153	20.3
4. Macizo	234.300	35.852	15.3	150.021	16.928	11.3
5. Centro	555.800	83.739	15	403388	29.910	5.2
6. Occidente	818.400	60.892	7.4	78.501	2.587	3.3
7. Norte	236.600	16.254	6.9	262.442	15.874	6.0
8. Oriente	159.100	172.786	108.6	101.576	64737	66.7
9. Tierradentro	228.400	218.163	95.5	57.769	43.475	75.3
				1.178.997	169.664	14.4

Fuente: IGAC - Indicadores de Cauca 1998, Fuente DANE - Proyección 1996

Por ejemplo los trabajadores de contratistas de la caña, los servicios domésticos que prestan en Cali, los empleos temporales en las administraciones públicas municipales, los trabajos en las obras de construcción, etc., suponen una modalidad de relaciones sociales desprendidas de lo local pero sí permisiva de lógicas premodernas de servidumbre y adhesión. Quizá por esto la persistencia étnica no ha tenido una expresión gremial ni siquiera para presionar por luchas laborales ni, por, una racionalidad económica, política y territorial, a propósito de la modernidad el negro no ha logrado ser un elemento discursivo que convoque a la construcción de identidad y agrupación étnica.

De cualquier manera existe una franja espacial influenciada por estos rasgos comprendida por la parte baja de Santander y Caloto -municipio donde se encuentran parte de los *nasa* del presente estudio- y los municipios de Padilla y Puerto Tejada principalmente. Adicionalmente existen algunos enclaves de población negra en Buenos Aires y Suárez que al parecer han sido expuestos a unos procesos distintos. Lo relevante es que lo negro no

tiene el soporte de una racionalidad territorial, ni una estructura económica que apunte su identidad.

De otro lado, en la vertiente oriental de la cordillera central, -en los municipios de Buenos Aires y Suárez- y en una proporción significativa de Santander de Quilichao, se encuentra un tipo de organización minera y campesina, parcialmente involucrada en la economía del café y con una generación de excedentes agrícolas que normalmente se agotan en el mercado local. Por lo mismo puede decirse que conserva una relativa estabilidad estructural y constituye una frontera importante en la región en tanto sujeta la mano de obra a las localidades, permitiendo incluso una movilidad interna y estacionaria de peones y jornaleros pobres o sin tierra.

Los intereses sociales predominantes tienden a estar en torno a la pequeña y mediana propiedad y las principales demandas y presiones socio-económicas se constituyen a partir de la necesidad de equipamientos colectivos, infraestructura y ampliación de las posibilidades productivas de sus unidades domésticas a partir de créditos, asesorías, transferencias tecnológicas y demás. Los mecanismos de reproducción no han estado entonces en la ampliación de la frontera como han hecho los indígenas, ni en la comercialización de su fuerza de trabajo como les ha tocado a las comunidades negras ligadas a las plantaciones de caña.

Respecto a los indígenas las cifras muestran que aproximadamente el 7% de la región corresponde a tierras de resguardos principalmente y que el 6% de la población hace parte de estos sistemas de propiedad colectiva, ubicados en la estribación occidental de la cordillera central y en la cordillera oriental. Para comprender mejor estas proporciones es imprescindible preguntarse por las continuidades territoriales de los *nasa* que a la vista está no se circunscriben de manera exclusiva a la región del norte.

Es sabido, que sus proyectos de recuperación y ampliación territorial han observado una coherencia política excepcional, gracias a la organización regional que adoptaron y a un

pensamiento étnico cifrado en una noción de pueblo, de tal forma que lo que hoy se observa en el norte es una frontera pujante, que en los últimos años ha sido ampliada mediante procedimientos diversos no siempre exentos de conflictividad.

En la zona de Paila-Naya¹³⁵ han combinado la recuperación de tierras con la colonización; muy cerca hay una vereda de familias *nasa* protestantes en proceso de reproducción social y material; en Santander, Caloto, Corinto y Miranda se han dado situaciones de abierta recuperación de tierras a terratenientes con expresiones elevadas de confrontación tanto con la fuerza pública como con grupos de justicia privada, que a la postre han fortalecido la capacidad de negociación e interlocución de estas comunidades.

Recientemente el impacto del desastre de Tierradentro¹³⁶ posibilitó una ampliación y uso de la tierra sujeta a la compra y venta formal de tierras y a la solidaridad de las comunidades indígenas receptoras, que bajo otras circunstancias no habrían permitido la entrada de cerca de ciento cincuenta y seis familias a ocupar aproximadamente 300 Has. en el municipio de Caloto.

Pero quizás la expresión más acabada de ésta dinámica territorial sea la asociación de doce cabildos del norte, que por el tipo de organización interna da pie a suponer que además de constituir una jurisdicción especial extendida respecto a los resguardos, también proyecta una política de ampliación territorial que al parecer y según algunas negociaciones con el Estado tiene un horizonte de 10.000 Has más.

Bajo estas circunstancias la frontera étnica y territorial de los *nasa* da cuenta de un pensamiento indígena mucho más enfático e inclusivo, precisamente porque los elementos de diferenciación han tenido que responder a tensiones conflictivas y a una lectura cercana del desarrollo capitalista, con todos sus contrastes. ¿Cómo no terminar asimilados

¹³⁵ Se habla del resguardo de la Paila (Buenos Aires) creado por indígenas migrantes de los años 40-50 y de la salida al mar pasando por la cuenca del río Naya.

¹³⁶ En Junio de 1994 hubo una avalancha ver 3.2.1.

totalmente a los espejismos del desarrollo moderno? Tal vez, fortaleciendo las ventajas comparativas de ser y vivir como indígena, afianzando los lazos invisibles y visibles de persuasión y sujeción de los individuos.

Igualmente es pertinente indagar por las relaciones interétnicas entre negros e indígenas *nasa*, que juntos reúnen alrededor del 80% de la población norte-caucana. Naturalmente se requiere de un estudio específico para intentar siquiera una descripción, aunque se pueden advertir que hay distintos campos de interacción social y cultural en la región tales como el compadrazgo, los mercados locales, la vida cotidiana, y los saberes y prácticas curativas -de interés en este estudio-, entre otras, que no han sido proyectados políticamente en términos de alianzas y plataformas para acceder, por ejemplo, a corporaciones públicas e interlocutar con el Estado o con otros sectores sociales organizados.

La persistencia étnica en esta sub-región ha contado con una experiencia directa del capitalismo que muy seguramente ha incidido en la textura de los pensamientos identitarios y en los procesos de diferenciación, como también en la percepción del fenómeno del narcotráfico, puesto que allí es donde los narcotraficantes han tenido una clara presencia en términos de la habitación permanente e inversión de capitales en compra de tierras, obras suntuosas, exhibicionismo consumista, etc.; a diferencia de otras zonas donde sólo han implementado una red de pequeños y medianos intermediarios para el control de la producción de drogas, más no para la producción de la materia prima.

Subregión oriente

El oriente tiene el 5.4% del área departamental, el 8.6% del total de la población, el 38.2% de los indígenas y el 28.9% de las tierras indígenas del Cauca. A la vez su composición interna se caracteriza por ser predominantemente indígena, de las etnias *nasa* y Guambiana. No obstante algunas inconsistencias protuberantes de la información correspondiente a los municipios de Jambaló y Toribio, se calculan que son el 66.7% de los habitantes y que la

casi totalidad del territorio corresponde a resguardos, además el 89% de la región está ubicada por encima de los 2.000 m.s.n.m.

Desde la época de la colonia la importancia del oriente estuvo determinada por la disponibilidad de mano de obra indígena y su vinculación a la economía de las haciendas a través de instituciones como la encomienda, los resguardos y los cabildos, que como se sabe en el Cauca sostuvieron unas relaciones tensas.

En buena parte porque el sistema de resguardos fue implementado por la corona para reducir el monopolio sobre la mano de obra indígena por parte de particulares -encomenderos-.

Pero también porque pese a todo, la encomienda se prolongó mucho después de que en el resto del país perdiera funcionalidad económica, connotando un juego de relaciones sociales que desbordaban la racionalidad económica y que a la postre favoreció un modelo de organización étnica relativamente autónomo como fue el de los cacicazgos de comienzos del siglo XVIII, que ciertamente iniciaron unos procesos políticos internos e inestables en la medida que se movían en concordancia a las exigencias del gobierno y a la estructuración de acuerdos y consensos entre los distintos grupos que habilitaban lógicas y sentidos propios. Es así como unos caciques derivaban autoridad asumiendo roles y funciones administrativas y políticas exclusivas de los encomenderos y otros evocaban figuras propiamente indígenas.

Lo más significativo de estos vaivenes fue la maduración de pensamientos étnicos inclusivos y exclusivos, y unas nociones de territorialidad que entre otras cosas tuvieron el efecto de darle a los proyectos étnicos modernos una base económica centrada precisamente en el acceso a la tierra y en una organización solidaria del trabajo como mecanismo social cohesionador y como variable económica para atender las faenas agropecuarias de una economía carente de sofisticaciones tecnológicas.

En tal sentido lo que hoy entendemos por sub-región oriente se corresponde a tres tipos históricos de frontera que con el transcurso del tiempo han sido fundamentales en las dinámicas de configuración contemporánea: la de los cacicazgos paeces, la de la encomienda de Guambía y las áreas de colonización y mestizaje promovidas por los Estados colonial y republicano y la iglesia católica en especial.

Entre finales de 1600 y comienzos de 1700 el Cacique Juan Tama desarrolló una estrategia de integración de los paeces que básicamente consistió en reclamarle a la Corona un reconocimiento homólogo al de un encomendero y someter bajo su mando y autoridad a los distintos grupos y pequeños caciques; logrando integrar al cacicazgo de Vitoncó -hoy parte alta de Tierradentro- con el cacicazgo de Pitayó compuesto por los pueblos de Pitayó, Jambaló, Caldono, Pueblo Nuevo y Quichaya -hoy localizada en los municipios de Jambaló, Silvia y Caldono- y el cacicazgo de Toribio-Tacueyó con cuyo cacique entabló una profunda relación de compadrazgo, mientras que con los caciques de Pitayó al parecer intentó procedimientos variados que iban desde el vencimiento en guerra hasta la adopción de parentescos y apellidos.

Simultáneamente estos logros territoriales se dieron en contravía a los intereses guambianos que desde un comienzo prestaron apoyo a los conquistadores españoles con excedentes agrícolas e, incluso, con hombres para ir en contra de los *nasa* resistidos en Tierradentro, en vista que la franja correspondiente del río moras, el páramo de su mismo nombre -que hacía las veces de una frontera natural- y la microcuenca del río ovejas era un espacio de cruce y disputas interétnicas, de tal modo que las tensiones entre los cacicazgos *nasa* y la encomienda de Guambia sirvieron para definir las actuales fronteras entre ambos pueblos.

Los *nasa* no sólo han conservado el control de lo que antes fueron los cacicazgos sino que incluso mantienen como ya anotaba unas estrategias de ampliación especialmente en el norte, a través de la reproducción de las estructuras de resguardos y cabildos y la asociación moderna de las mismas. Los guambianos por su parte se han conservado en la parte alta del municipio de Silvia afrontando unas crecientes condiciones de estrechez espacial, que

parcialmente han resuelto mediante el trabajo intensivo de la tierra, una notable producción de excedentes agrícolas orientados a los mercados locales y regionales y la migración de grupos familiares a zonas bajas para terminar constituyendo cabildos y resguardos a pesar de no haber un claro proyecto político de ampliación respaldado por un movimiento social, como en cambio si lo han tenido sus vecinos *nasa*.

Es particularmente llamativo que a pesar de estas limitaciones, los guambianos hayan conservado una unidad económica lo suficientemente estable y versátil para sujetar buena parte de la mano de obra y asegurar la reproducción material de las comunidades. Los pocos estudios que hay señalan al respecto la importancia de la huerta como modelo tradicional diverso y sostenible, alternando con una producción especializada de ajo, cebolla y papa que procuran un ingreso básico para poder acceder a ciertos bienes y servicios.

Esta combinación favorece a nuestra manera de ver una racionalidad económica mixta, en parte solidaria y, en parte mercantil, cuyo efecto más inmediato es el deslinde entre la dimensión económica y la dimensión cultural, puesto que mientras la primera tiende a regirse por un pragmatismo secular, la segunda se ciñe a un sentido de trascendencia y proyección histórica y simbólica cuyo desencuentro con la primera no necesariamente genera desgarres en la estructuración del proyecto étnico.

Muy posiblemente esta cualidad también se da entre los *nasa*, aunque sospecho que en una menor proporción por razones estructurales, como la mayor disponibilidad de tierra, las posibilidades -cada vez menores- de aplicar técnicas tradicionales agropecuarias extensivas y naturalizadas y la amplitud de las relaciones de intercambio microvertical de productos.

De otro lado el carácter provisional dado a los cabildos y los resguardos siempre habilitó políticas de colonización y mestizaje que progresivamente fueran reduciendo a los indígenas a la vida en pueblo y a la fe católica, logrando resultados relativos, correspondientes a las cabeceras municipales y a las zonas campesinas localizadas en las

partes medias o inferiores a los pisos térmicos fríos. Allí se ubicaron las sedes misionales, las administraciones y las actividades comerciales, complementadas por una estructura de pequeña y mediana propiedad cercana a los intereses de las elites regionales y de los campesinos mestizos.

El dinamismo de estas tres fronteras ha contribuido a que en la actualidad encuentre unas realidades pluriétnicas muy singulares como los resguardos de Quizgó y Ambaló, cuyos miembros en un principio negaban su identificación como guambianos o como *nasa* desconociendo la historia de coexistencia de familias de ambos grupos bajo una serie de condiciones *sui generis* de mestizaje y asimilación a los procesos coloniales y republicanos.

Constituye, entonces, un fenómeno socio-cultural típico de frontera en el que la etnicidad indígena echa mano de unos factores de integración e identidad distintos a la endogamia étnica o al patrimonio lingüístico, tales como las demandas de tierra y la representación ante el Estado e incluso la presunción de que son una etnia distinta.

No son en consecuencia fronteras inflexibles y taxativamente demarcadas entre un grupo y otro, sino concreciones más o menos elásticas como lo demuestran los distintos espacios de confluencia interétnica y las incursiones que los guambianos en particular han hecho del territorio *nasa* y en las franjas campesinas: de hecho pequeños y medianos grupos familiares se encuentran asentados en Jambaló, Pitayó, parte de Tierradentro, entre otras zonas, pulsando acuerdos y equilibrios que aún no han sido suficientemente estudiados.

Subregión de Tierradentro

Tierradentro tiene el 8% del territorio departamental y el 5% de la población caucana; sin embargo la composición interna muestra que el 96% de su área corresponde a territorios de resguardo y que el 75% de los habitantes son indígenas *nasa*, al igual que el 75% de su extensión está ubicada por encima de los 2.000 m.s.n.m.

A diferencia de las otras regiones en las que lo interétnico es vibrante y complejo, esta es la única zona donde un sólo grupo no alterna ni comparte fronteras internas con otros grupos y, además, es mayoría demográfica. No obstante, podemos distinguir tres tipos de espacios configurados de las tensiones entre lo indígena y lo no indígena: el municipio de Inzá, la parte norte de Páez y la parte sur del mismo municipio.

Mientras que Inzá acusa una relativa baja participación de lo indígena en términos de territorio y población, posiblemente por el impacto de las campañas orientadas a garantizar el paso entre Popayán y Santa Fe, pasando por La Plata y el valle alto del río Magdalena, el municipio de Páez sobresale por la preponderancia indígena en todos los órdenes, aunque de una manera diferencial puesto que como bien se sabe en la época de la llegada de los españoles, grupos enteros de nativos provenientes de las selvas amazónicas habían iniciado un proceso de incorporación siguiendo las riveras del río Páez hasta alcanzar las del río Moras un poco mas arriba.

Las guerras que le siguieron se tradujeron en un repliegue a las zonas altas e inhóspitas de los grupos más beligerantes y un sometimiento de otros menos resistidos en las zonas bajas, que por supuesto debían facilitar las comunicaciones entre ambos lados de la cordillera.

Posteriormente, en la época de la colonia, este primer contraste espacial generó las condiciones para que en uno y en otro se fraguaran modalidades distintas de cacicazgo. En el sur el cacicazgo de Togoima y en norte el cacicazgo de Vitoncó reclamado por Don Juan Tama al igual que el de los cinco pueblos ubicados al otro lado de la cordillera, consolidándose una frontera entre los que observaron una mayor capacidad de resistencia y los que de algún modo fueron sometidos a procesos inducidos de colonización y adoctrinamiento.

Algunos análisis han demostrado que las comunidades de la parte baja, por condiciones ambientales y sociales han asumido unas características más modernas: en ella se incorporó

la economía del café, se dio la presencia de población mestiza y se desarrollaron pequeñas actividades comerciales; mientras que en la parte alta los indígenas acogieron una economía de subsistencia apuntalada en la organización solidaria del trabajo entre las unidades domésticas básicas, invocando con ello un fuerte sentido de comunidad étnica cohesionado por la unidad lingüística y la presunción de ser la cuna histórica de todos los paeces.

En efecto, allí tuvo origen el mito de Juan Tama como cacique hijo de las estrellas parido por el río El Lucero¹³⁷; en la laguna que lleva su mismo nombre se sumergió para mantener una actitud vigilante, y ciertamente los paeces de todas las otras regiones reconocen su origen remoto en este territorio, a pesar de haberse comprobado que la extensión de este pueblo se ha debido en buena medida a procesos de asimilación interétnica de pequeños pueblos nativos localizados a lo largo y ancho de las montañas que hoy controlan.

Se puede cerrar esta parte afirmando que los distintos proyectos étnicos indígenas del Cauca tienen una singularidad en buena parte por razones históricas y políticas propias, pero también por los condicionamientos socioculturales, económicos y geográficos de orden regional.

La presencia de lo étnico no solo ha constituido una realidad culturalmente diversa, sino que internamente cada grupo es la concreción de un juego complejo de otras diferencias, que a la vez marcan caminos y estilos distintos de construir identidad en un contexto como el Cauca, haciendo relativo aquel pensamiento todavía vigente, que invoca al aislamiento geográfico y social como responsable de la diversidad étnica y con ella la existencia de saberes y prácticas médicas diferentes a la médico-occidental.

¹³⁷ A este héroe cultural, se le atribuye la fundación de la organización moderna del pueblo *nasa*, durante su vida solicitó y logró ante la corona española, el reconocimiento y autonomía de sus tierras y su reconocimiento como autoridad interna de la zona. Juan Tama, estableció tres principios: 1) Los Paeces siempre conservaran sus tierras, 2) Nunca mezclaran su sangre, 3) Nunca serán vencidos; principios que expresan claramente el concepto de historia para la comunidad que se estructura a partir del mito, que siempre es presente, no es pasado, cada vez que se cuenta sigue siendo presente a través de la tradición oral.

Anexo No. 4

Una muestra de léxico *nasa yuwe* cuerpo humano – naturaleza

Salud

wēt = Saludable, bien de salud.

wētüu = sanar

wēt üs = sentirse bien

wēt üsni = felicidad

Enfermedad

wee = la enfermedad, peste, epidemia

ätsä' = enfermarse, sufrir dolores de parto

ätsä'-na üs = estar enfermo.

Partes del Cuerpo

Raíz

watse = la raíz.

kuse watse = tendón de la mano

t_{sy}lⁿda watse = tendón del pie.

ee watse = vena.

pet_y watse = la vena yugular.

t_y^hik^h watse = vena de la nuca.

Hueso

ⁿd_yit = el hueso

s'^mb ⁿd_yit = el tallo el maíz (tierno)

ⁿd_yit sup = el esqueleto

↓

(desnudo)

Montaña, pezón

β_yit_s = la punta, cumbre.

β_yit_s uu = serranía

β_yit_s wala = la montaña

t_{sy}ut_{sy} β_yit_s = pezón

hi^mbe β_yit_s = nalga.

Fondo de olla, nalga

yuk = nalga, asentaderas

yuk t_{sy}it_{sy} = nalga, (carne)

yuk ⁿd_yit = cadera

mit_y yuk = fondo de la olla.

↓

(fondo)

Garra, uña
Lana, cabello
 $\beta_y l_y i l_y$ = uña (de persona),

 $k^h a s$ = lana, pluma

 $\beta_y l_y i l_y$ = dedo (medida, anchura del dedo)

 $^n d_y k^h a s$ = el pelo, cabello.

 $\beta_y l_y i l_y$ = garra (de ave)

 $y a \phi, k^h a s$ = ceja, pestaña

 $\beta_y l_y i l_y$ = casco (de caballo)

 $k^h a s$ = vello

 $\beta_y l_y i l_y$ = pezuña (de animal)

 $t^h a m e k^h a s$ = vello púbico.

Cascara, piel
Raza, semilla
 $k^h a t_y$ = La piel

 $\phi_y w$ = la semilla

 $k^h a t_y$ = El cuero,

-La semilla(de las

 $k^h a t_y$ = La cáscara de un fruto

plantas)

 $k^h a t_y$ = La corteza del árbol

-La raza (de animales)

Los estudios del Lingüista Tulio Rojas (1998 59-79) presenta elementos de discusión que permiten pensar que a cambio de analogías, son nociones abstractas, donde se debía proponer una para cada espacio semántico. Él plantea algunos ejemplos:

 $\beta_y l_y i l_y$ "tejido muerto de las extremidades".

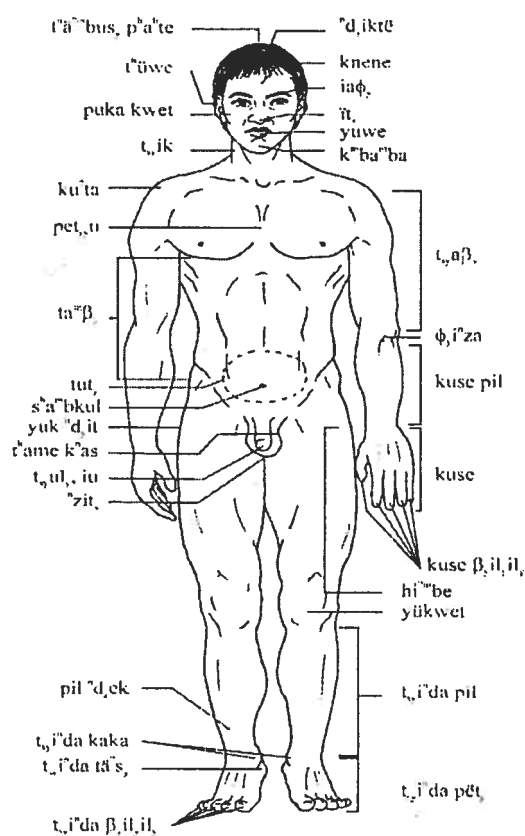
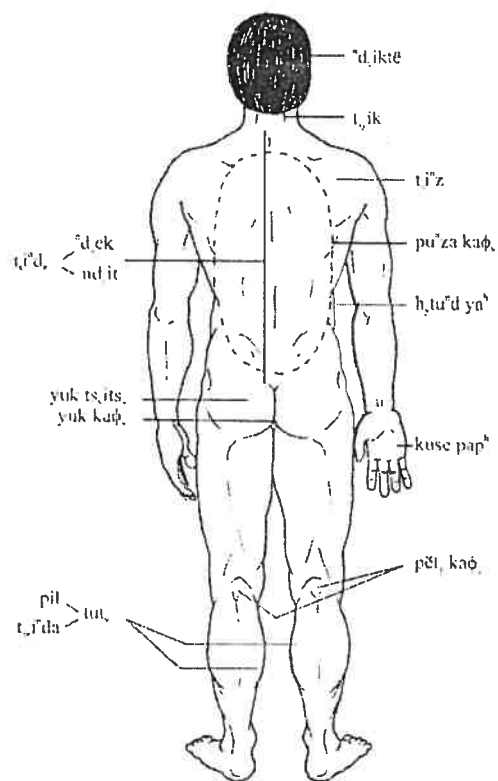
 Uña/casco/garra/
Pezuña/.

 $k^h a t_y$ "envoltura".

Piel/cascara/corteza/cuero/caparazón/vaina/

 $k^h a s$ "elemento delgado que en animales sale y recubre"

Pelo/vellos/pluma/lana/

Figura No.1 *kwekwe* ($pit_y t^h \ddot{e}^?$)Figuras No. 2: *kwekwe* ($t_{sy} i^n d_z u^h$).

Observaciones a las Figuras No.1 *kwekwe* ($pit_y t^h \ddot{e}^?$) No.2 *kwekwe* ($t_{sy} i^n d_z u^h$).

El sentido de estas observaciones es el de llamar la atención sobre ciertos fenómenos culturales y su reflejo en la lengua.

kwet= piedra, aparece en varios compuestos

puka= a un lado de

puka kwet= mejilla

yu kwet= rodilla

Algunas partes duras de la anatomía externa se lo dividen entre *kwet* = piedra , *"d_yit* = hueso.

"d_yit = hueso.

uk= cadera

uk "d_yit = cadera

El termino estomago, aparece para la pantorrilla.

tut_y = estómago,

t_{sy}iⁿda=pie

t_{sy}iⁿda tut_y = pantorrilla

Pie - mano respectivamente; el segundo elemento determina el nombre anatómico:

t_{sy}iⁿda β_yl_yil_y = dedo del pie

//pie- dedo//

kuse β_yl_yil_y= dedo de la mano

//mano - dedo//

Parte saliente de una montaña o de un monte *"d_zek* = filo

pil "d_zek = espinilla

//canilla- filo//

$t_s i^n d_z^n d_z ek$ = columna vertebral

//espalda - filo//

A veces dos sinónimos pertenecen a campos semánticos diferentes:

$yuk t_{sy} it_{sy}$ = nalga

//asentadera-carne/

$hi^m be \beta_{y} it_s$ = nalga

//pierna-punta //

Aquí la diferencia podría ser, en el primer caso de naturaleza del órgano (componentes del órgano: asentadera + carne) y en el segundo, de posición; es decir, desde donde es visto, el extremo de la pierna, la punta vista desde abajo.

La diferencia entre nalga y cadera está dada por el segundo elemento en la composición:

$yuk t_{sy} it_{sy}$ = nalga

//asentadera-carne//

$yuk nd'it$ = cadera

//asentadera-carne//

Está uno tentado a pensar en una oposición blando-duro.

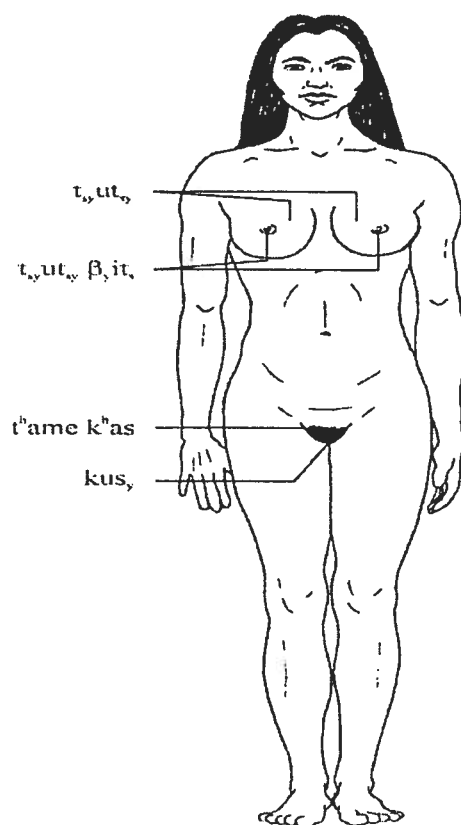


Figura No. 3. *kwekwe* (u^2i).

Observaciones a la Figura No. 3 *kwekwe* (u^2i)

En la anatomía externa de la mujer se han colocado las voces correspondientes a:

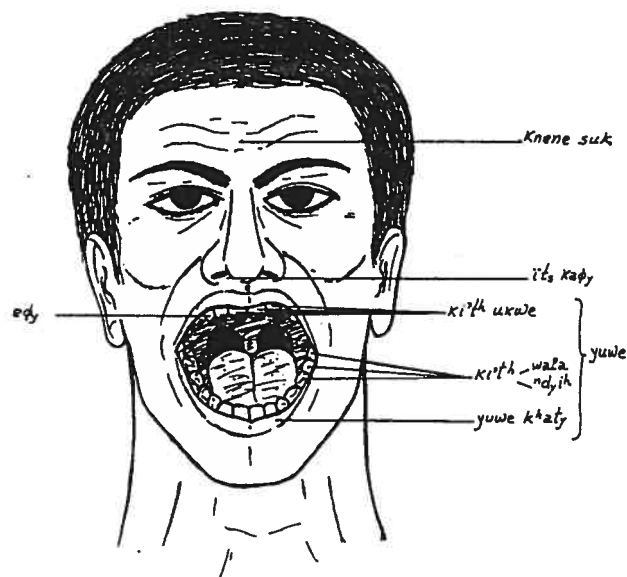
$t_{sy}ut_{sy}$ = seno, teta, y kus_{sy} = vulva; es decir, las diferencias.

$pet_{sy}u$ = pecho (de hombre)

$t_{sy}ut_{sy}$ = pecho (de mujer)

La primera voz suena a un préstamo del castellano. No Parecen ser intercambiables, aunque hemos anotado una sola vez la expresión: pet_{sy} (pecho).

Figura No. 4. ⁿ*d_yi²p* (cara).



Observaciones a la Figura No. 4 ⁿ*d_yi²p* (cara).

Se han señalado sólo algunos nombres más relevantes:

k^hat_y, es la piel de todo el cuerpo, de aquí se pasa a: *k^hat_y,yuwe* //piel - boca//

En diente = *ki²t^h* hay un proceso de diferenciación que tiene varias relaciones semánticas:

a) Forma:

ki²t^h // diente//, *ukwe* //plano// = incisivo

b) Tamaño.

$ki^?t^h$ //diente//, $wala$ //grande// = muela

c) Origen.

$ki^?t^h$ //diente//, $^nd_{y,i}^h$ //mamá//

En cambio colmillo tiene otra base léxica: $e\phi_y$

Anexo No. 5

Los recursos medicinales

Los más frecuentes son las plantas medicinales que poseen varias clasificaciones: según su procedencia, si son cultivadas o silvestres, frescas o calientes y según el poder y la fuerza.

Según su procedencia se clasifican en las de aquí, que puede ser Tierradentro o Caloto; es decir, las plantas medicinales que hacen parte del hábitat más cercano al lugar donde se encuentran las casas *nasa*, las plantas del páramo cuyo hábitat se corresponde con los ecosistemas de páramo y sus alrededores más próximos (**Plantas del páramo**), y las plantas de lo caliente que se dan en el clima caliente de lo plano como los territorios aledaños a Tóez Caloto, pero también en el monte andino y en la amazonía o en la costa pacífica, y se obtienen mediante el intercambio entre las redes curanderiles, marcando una diferencia con las otras que están presentes en sus territorios. (**Plantas usadas por los *nasa* de Tóez Caloto y Tóez Tierradentro**)

Las plantas frescas y calientes es difícil diferenciarlas por su tipo morfológico, pero el *tʰeʷala* las diferencia por la seña que emite cuando es “cateada” en el proceso de recolección, y por el efecto que causa el vegetal frente a determinada enfermedad (**Plantas frescas y calientes en la clasificación *nasa***)

Las plantas del espacio de lo doméstico en su mayoría son calientes y de uso por las *tut*, *mʰbaʰisa*, se ven dispersas en la mayoría de los solares de las viviendas indígenas y difícilmente se aprecian entre las otras plantas de consumo alimenticio sembradas en la huerta; por ello son menos presas de la acción de los animales domésticos (**Plantas cultivadas y silvestres en la clasificación *nasa***). También se encuentran plantas introducidas de otros ambientes y adaptadas a las condiciones de la región, en menos

cantidad, y generalmente en las cercanías a las viviendas de los *tʰëʷala*. En su mayoría el recurso botánico se encuentra en el dominio de lo incultivado.

Según el poder y la fuerza se distribuye en “bravas” y sus diferentes grados que van de más brava a menos brava y las que no lo son. Entre las bravas también hay frescas y calientes. Se caracterizan porque emanan seña al *tʰëʷala* cuando este no se encuentra mambeando coca y tabaco, y se usan especialmente por éste en los trabajos más duros de voltear la seña en los rituales de limpieza y refrescamiento.

También existe una clasificación en plantas machos y plantas hembras, siendo las primeras la que tienen más grosor en los tallos y son más altas con colores intensos y generalmente estériles, mientras que las segundas son más pequeñas de colores menos fuertes y frecuentemente fértiles.

Los *tʰëʷala* en la colecta de plantas tienen en cuenta el tiempo de luna y la hora, ya que según ellos, la hora determina el poder curativo, “las plantas tienen un poder tremendo en las mañanas, [...] y por la tarde tiene otros poderes”; esta faena la realizan cuando se agotan sus reservas de plantas secas sobre todo las de páramo.

Si se está en Tierradentro, la coca (Eritroxilon coca) la tráen de Belalcazar, y si están en Tóez Caloto la tráen de Toribío, es la planta más importante del chamanismo *nasa*, y es del clima cálido.

Las plantas colectadas se ponen a secar a la temperatura ambiente y bajo la sombra, dispuestas sobre pieles secas de animales, papel periódico, o plásticos, y después de sécas se envuelven en trozos de papel o capachos de maíz, se introducen en bolsas plásticas y éstas a su vez entre su jigra, “hay que tenerlas a mano”. Algunos guardan las plantas ya secas en diferentes jigras de acuerdo al lugar de procedencia.

Estas plantas secas luego sufren otro proceso, se "machacan" o se trituran en unas piedras cuencas hasta obtener un polvo que luego es guardado en papel envuelto, en paqueticos. No se suministra un sólo polvo de plantas a la persona, se combina con otros de acuerdo con los requerimientos de los tratamientos.

Las plantas medicinales empleadas por los diferentes especialistas del saber *nasa* se prepara de diferentes maneras, en cocimiento o infusión con una parte o toda la planta, y en forma de baños, riegos y bebidas. También se maceran y se hacen "emplastos" para colocar en las partes afectadas, generalmente se usan en caso de golpes y fracturas.

Los masajes y sobadas efectuados por *tut*, *mba^hisa* o sobanderos, básicamente se realizan con manteca de animales o preparados calientes, como la infundia de gallina con tabaco, y la manteca de oso.

A los recursos vegetales propios o ya apropiados hace algunos siglos a raíz del contacto intercultural, se agregan los difundidos por la medicina facultativa, e incluidos poco a poco por el grupo hasta llegar a ser indispensables según los miembros de la comunidad y ciertos *t^hé[?] wala*.

1. Plantas medicinales del Páramo

Son las plantas medicinales cuyo hábitat natural son los ecosistemas paramunos y sus alrededores más próximos. Los *t^hé[?] wala* de Tóez Caloto y Tóez Tierradentro colectan estos vegetales en las cercanías de la laguna de Páez, y en el páramo de Moras en la Región de Tierradentro.

Este grupo de plantas generalmente se emplea mezcladas con otras yerbas, en casos de refrescamientos a personas o lugares.

Nombre común: Alegría de páramo, Árnica de páramo, Botoncillo de páramo, Chontur de páramo, Frailejón, Maní de páramo, Musgo, Pepa de arco de páramo, Tusa de páramo

Las muestras vegetales recogidas del páramo, no pudieron ser contrastadas con las muestras del herbario del Museo de Historia natural de la Universidad del Cauca para efectos de clasificación.

2. Plantas medicinales usadas por los *nasa* de Tóez Tierradentro y Tóez Caloto

Enfermedad o síntoma	Nombre científico	Categoría <i>nasa</i>	Nombre en castellano
Abortivas	<u>Ruta graveolens</u> <u>Franseria artemisioides</u>	Caliente Caliente	Ruda Altamisa
Dolor de estómago por frío o para sacar los fríos en los estados de dieta en las mujeres	<u>Polygala sp</u> <u>Franseria artemisioides</u> <u>Arracacia sp.</u> <u>Casia spectabilis</u> <u>Lepechinia aff caulenscens</u> <u>Cymbopoquum citratus</u> <u>Matricaria chamomilla</u> <u>Chenopodium ambrosioides</u> <u>Ruta graveolens</u> <u>Peperomia sp.</u>	Caliente Caliente Caliente Caliente Caliente Caliente Caliente Caliente Caliente Caliente	Alegría de duende Altamisa Arracachilla del duende Galvis Hierbabuena blanca Limoncillo Manzanilla Paico Ruda Siempre viva
Dolor de hígado	<u>Papaver somniferum L.</u> <u>Equisetum bogotense</u> <u>Eupatorium sp</u> <u>Rumex obtusifolius L.</u> <u>Cannabis Sativa</u> <u>Melampodium sp.</u> <u>Plantago major</u>	Caliente-venidera- Fresca Caliente Fresca -venidera- Caliente -venidera- Fresca Fresca	Amapola Cola de caballo Hierba chivo Lengua Vaca Marihuana Pacunga amarilla Yanten
Dolor de muela	<u>Papaver somniferum L.</u> <u>Solanum ningrum L.</u>	Caliente Fresca	Amapola Hierba mora
Enfermedades de los riñones	<u>Esquisetum bogotense</u> <u>Melampodium sp</u>	Fresca Fresca	Cola de caballo Pacunga amarilla

Enfermedad o síntoma	Nombre científico	Categoría <i>nasa</i>	Nombre en castellano
Golpes, lastimaduras y heridas	<u>Equisetum bogotense</u>	Fresca	Cola de caballo
	<u>Solanum nigrum</u>	Fresca	Hierba mora
	<u>Eupatprium</u> sp	Caliente	Hierba chivo
	<u>Pseudoelephantopus</u>	Caliente	Hierba golpe
	<u>Cirsum Onoseris</u>	Fresca	Hierba venado
	<u>Urtica Urens</u> L.	Caliente	Ortiga pequeña
	<u>Rumex obtusifolius</u> L.	Fresca -venidera-	Lengua Vaca
	<u>Melampodium</u>	Fresca	Pacunga amarilla
	<u>Plantago major</u>	Fresca	Yanten
Granos en la piel	<u>Oxalis brownei</u>	Fresca	Chulquito hembra
	<u>Oxalis aff corniculata</u> L.	Fresca	Chulquito macho
	<u>Physalis peruviana</u>	Caliente	Uchuva, Uvilla
Infecciosas. Generalmente de vías respiratorias y digestivas.	<u>Equisetum bogotense</u>	Fresca	Cola de caballo
	<u>Oxalis brownei</u>	Fresca	Chulquito hembra
	<u>Oxalis aff corniculata</u> L.	Fresca	Chulquito macho
	<u>Speletia</u> sp.	Fresca	Frailejón
	<u>Cassia spectabilis</u>	Caliente	Galvis
	<u>Cirsium onoseris</u> sp.	Fresca	Hierba de venado
	<u>Solanum nigrum</u>	Fresca	Hierba mora
	<u>Linium usitatissimum</u> l.	Fresca	Linaza
	<u>Salvia</u> sp.	Caliente	Mastranto
	<u>Rubus galucus</u> b.	Fresca	Mora de castilla
	<u>Verbesina</u> spp	Caliente	Salvia
	<u>Nicandra</u> sp.	Fresca	Uchuva de duende
	<u>Physalis peruviana</u>	Caliente	Uvilla o uchuva
Lastimaduras, parto, maleficios y rituales	<u>Scutellaria</u> sp.	Fresca	Hierba alegre
	<u>Salvia</u> sp.	Caliente	Mastranto
	<u>Ruta graveolens</u>	Caliente	Ruda
	<u>Peperomia</u> sp	Fresca	Siempre viva del duende
Manchas en la piel	<u>Euphorbia latazi</u>	Caliente	Lechero
	<u>Euphorbia</u> spp	Caliente	Lechero pequeño
Paludismo	<u>Euphorbia</u> spp	Caliente	Lechero pequeño
	<u>Cassia spectabilis</u>	Caliente	Galvis

Enfermedad o síntoma	Nombre científico	Categoría <i>nasa</i>	Nombre en castellano
Para bajar la fiebre	<u>Oxalis brownei</u>	Fresca	Chulquito hembra
	<u>Solanum nigrum</u>	Fresca	Hierba mora
	<u>Euphorbia</u> sp	Caliente	Lechero pequeño
	<u>Linum usitatissimum</u>	Fresca	Linaza
	<u>Rubus glaucus</u>	Fresca	Mora de castilla
	<u>Sambucus nigra</u> L.	Fresca	Sauco
	<u>Tecomaria</u> sp.	Fresca	Tiñadero
	<u>Verbena littorales</u>	Fresca	Verbena
Parasitosis en niños y animales	<u>Sisyrinchium</u>	Caliente	Espadilla castillo
	<u>Chenopodium ambrosioides</u> l.	Caliente	Paico
	<u>Sambucus nigra</u>	Fresca	Sauco
	<u>Indigofera</u> cf. nil	Caliente	Vispura
Problemas menstruales	<u>Salvia leptophylla</u>	Caliente	La vida del hombre
	<u>Verbasina</u> spp	Caliente	Salvia
Reumatismo	<u>Cannabis sativa</u>	Caliente	Marihuana
Terapéuticas culturales limpietas y refrescamientos	<u>Brugmansia candida</u>	-o-	La borrachera
	<u>Erythroxylum Coca</u>	Fresca	Coca
	<u>Cyperus acuminatus</u>	Fresca	Chondur de castilla
	<u>Kohleria</u> sp	Fresca	Desgranadora
	<u>Sysirinchium</u>	Caliente	Espadilla castillo
	<u>Speletia</u> spp	Fresca	Frailejón
	<u>Melisa officinalis</u>	Fresca	Toronjil,

3. Plantas medicinales frescas y calientes en la clasificación *nasa*

En el análisis botánico no se logró determinar una característica de tipo morfológico que indicara diferencia entre estas dos categorías. Su división tiene muy en cuenta por un lado el efecto causado por el vegetal frente a determinada enfermedad y por el otro la seña que emite cuando es cateada por el *tʰëʔ wala*

Frescas		Calientes	
Nombre en castellano	Nombre científico	Nombre en castellano	Nombre científico
Coca	<u>Eritroxilon coca</u>	Alegría de duende	<u>Polygala sp</u>
Cola de Caballo	<u>Equisetum arvense</u>	Altamisa	<u>Franseria artemisioides</u>
Chondur de Castilla	<u>Cyperus acuminatus</u>	Amapola	<u>Papaver somniferum L.</u>
Chulquito hembra	<u>Oxalis brownie</u>	Arracahilla	<u>Arracacia xanthorhiza</u>
Chulquito macho	<u>Oxalis aff corniculata L</u>	Arracachilla del duende	<u>arracacia sp.</u>
Desgranadora	<u>Kohleria sp</u>	Espadilla Castillo	<u>Sysirinchium</u>
Frailejón	<u>Speletia sp</u>	Galvis	<u>Cassia spectabilis</u>
Lengua de Vaca	<u>Rumex cuneifolius</u>	Hierbabuena blanca	<u>Lepechinia aff</u>
Linaza	<u>linus usitassimun</u>	Hierba chivo	<u>Eupatorium sp</u>
Mora de castilla	<u>Rubus glaucus bentham</u>	La vida del hombre	<u>Salvia leptophylla</u>
Pacunga amarilla	<u>Melampodiun</u>	Lechero	<u>Euphorbia latazi</u>
Poleo	<u>Satureria brownii</u>	Lechero pequeño,	<u>Euphorbia spp</u>
Saúco	<u>Sambucus nigra</u>	Limoncillo	<u>Cymbopoquum citratus</u>
Siempre viva del		Manzanilla	<u>Matricaria chamomilla</u>
duende.	<u>Peperonia sp</u>	Marihuana	<u>Cannabis sativa</u>
Tiñadero	<u>Tecomaria sp</u>	Mastranto	<u>Salvia sp</u>
Toronjil	<u>Melisa officinalis</u>	Ortiga pequeña	<u>Urtica urens l.</u>
Uchuva de duende	<u>Nicandra sp</u>	Paico	<u>Chenopodium ambrosoides</u>
Verbena	<u>Verbena officinalis</u>	Ruda	<u>Ruta graveolens</u>
Verdolaga	<u>Talium sp</u>	Salvia	<u>Verbesina spp</u>
Yanten	<u>Plantago major</u>	Siempre viva	<u>peperomia sp.</u>
yerba alegría	<u>Scutellaria sp</u>	Uchuva	<u>Physalis peruviana L.</u>
Yerba mora	<u>Solanum nigrum L</u>	Vispura	<u>Indigofera cf.nil</u>
Yerba de venado	<u>Onoseris sp</u>	Yerba golpe	<u>Pseudo elephantoppos</u>

4. Plantas medicinales cultivadas y silvestres en la clasificación *nasa*

Cultivadas		Silvestres	
Nombre en castellano	Nombre científico	Nombre en castellano	Nombre científico
Amapola	<u>Papaver sonniferun</u>	Altamiza	<u>Franseria artemisioides</u>
Coca	<u>Eritroxilon coca</u>	Anachunta	<u>Phytolacca decandra</u>
Chondur de Castilla	<u>Cyperus acuminatus</u>	Cola de Caballo	<u>Equisetum arvense</u>
La vida del hombre	<u>Salvia leptophylla</u>	Chulquito hembra	<u>Oxalis brownie</u>
Limoncillo	<u>Lippia citriodora</u>	Chulquito macho	<u>Oxalis aff corniculata L</u>
Linaza	<u>Linus usitassimun</u>	Desgranadora	<u>Kohleria sp</u>
Manzanilla	<u>Anthemis nobilis</u>	Espadilla castillo	<u>Sisyrinchia</u>
Marihuana	<u>Cannabis sativa</u>	Frailejón	<u>Speletia sp</u>
Paico	<u>Chenopodium ambrosoides</u>	Galvis	<u>Cassia spectabilis</u>
Ruda	<u>Ruta graveolens</u>	Hierva chivo	<u>Eupatorius</u>
Saúco	<u>Sambucus nigra</u>	Lechero	<u>Euphorbia latazi</u>
Siempre viva	<u>peperonia sp</u>	Lechero pequeño	<u>Euphorbia spp</u>
Tabaco	<u>Nicotiana tabacum</u>	Mastranto	<u>Ageratum brachystepphanum</u>
Toronjil	<u>Melisa officinalis</u>	Pacunga amarilla	<u>Melampodiun</u>
Uchuva	<u>Physalis peruviana</u>	Poleo	<u>Satureria brownii</u>
Verdolaga	<u>Portugla olerácea</u>	Salvia	<u>Verbesina sp</u>
Yerbabuena blanca	<u>Lepechinia aff.</u>	Siempre viva del duende	<u>Peperonia sp</u>
		Tiñadero	<u>Tecomaria sp</u>
		Uispura	<u>Indigofera cf. nil</u>
		Yanten	<u>Plantago major</u>
		Yerba alegre	<u>Scutellaria</u>
		Yerba de venado	<u>Onoseris sp.</u>
		Yerba golpe o consuelta	<u>Pseudoelephantoppus</u>

Anexo No. 6

Otras formas de aplicación de las plantas medicinales por parte de los curanderos de Santander de Quilichao

Extractos en polvo. Se toma la planta medicinal seca y se muele hasta obtener un polvo fino. Este polvo se puede utilizar en infusión o empacar en cápsulas (receptáculos que se consiguen en los laboratorios). Como ejemplo, tenemos: el extracto de alcachofa, que al tomarse en infusión sirve para combatir la diabetes.

Los extractos se dividen en:

Cardiales. Se utilizan en afecciones cardíacas y se pueden combinar hasta cuatro plantas.

Cordiales. Son las que producen tranquilidad y descanso. Se preparan con una sola planta.

Observación. Los hipnagogos, "o sea las plantas que producen sueño" no deben aliarse con ninguna otra planta, puesto que producen un alto grado de narcotización. Entre ellas tenemos la hoja de yuca, hoja de arrayán y todas las clases de adormidera.

Tinturas. Se preparan en aguardiente de anís puro. La planta seca se pica con una tijera y se deposita en un recipiente con aguardiente, en un lugar fresco, seco, donde no lleguen los rayos solares. Se deja allí por un tiempo determinado. Las tinturas se preparan con una sola planta.

Para extraer tintura de toronjil se toman 500 gr de la planta seca y se colocan en un litro de aguardiente, por un tiempo de diez días, al cabo de los cuales ya se puede ingerir por copas, este preparado es un sedante y "disminuye la frecuencia cardíaca".

Glóbulos. La planta seca se muele y se cierne en un lienzo hasta obtener un polvo muy fino. Se toma goma arábica y se disuelve en agua; el extracto en polvo se combina con la goma arábica y manualmente en una bandeja se le da a este compuesto la forma de una cápsula, posteriormente se colocan en un horno a una temperatura baja, luego se empacan en pequeñas bolsas y dependiendo de la enfermedad se suministra un número determinado por dosis diarias.

Por ejemplo: glóbulos de la unión de salvia, alcachofa y cola de caballo, útiles para la "escasez de bilis".

Papeletas. La planta medicinal seca, sola o en forma de amalgama (unión de varias plantas), se pica finamente con una tijera y se deposita en una bolsa. Con éstas se realizan muchos tratamientos. Por ejemplo: papeletas de boldo, es un "purgante".

Zumos. Se macera una planta o determinada parte de ella y se extrae el líquido. También se obtienen al exprimir las frutas. Por ejemplo: zumo de limón más aceite de oliva para "disolver cálculos hepáticos". Zumo de verbena para "los parásitos". "Zumo de naranja para la "cura de naranja" que se toma por 15 días sin consumir ningún otro alimento, combate enfermedades graves".

Jarabes. Se toman las siguientes plantas: raíz de cabuya, corteza de gualanday y corteza de sauce pequeño. Para preparar tres litros de éste jarabe se procede así: a cinco litros de agua, se agregan las anteriores plantas maceradas, se deja hervir por 15 minutos, se baja del fuego y se cuela; luego se vuelve a subir al fuego, se le agregan ocho libras de azúcar y se deja en fuego lento hasta que dé punto (o sea, tenga una consistencia viscosa), se deja enfriar, se cuela nuevamente y se envasa.

El anterior jarabe es "antisifilítico", además "combate enfermedades que tienen que ver con tóxicos o impurezas de la sangre, los cuales son expulsados por la orina y materia fecal".

En general esta es la forma de preparar los jarabes; las variaciones dependen de las plantas a utilizar y la cantidad de éste.

Baños corporales a partir de vapor. Para los "bronquios en los asmáticos y tosedores". Se toma una planta balsámica como el eucalipto, se realiza un cocimiento en una olla grande, ésta se lleva tapada al baño, la persona se desnuda y se tapa con un toldillo y debe dejar que todo el vapor de la olla lo cubra hasta que el cuerpo transpire, luego de esto debe darse una ducha fría rápidamente, posteriormente otra exposición al vapor y se seca con una toalla.

Anexo No. 7

Plantas medicinales según enfermedad, recomendadas a los *Nasa* por los curanderos.

1. "Los remedios del hospital no le aprovecharon"

DOLENCIAS	PLANTAS MEDICINALES
Alergia	Lengua de Vaca, <u>Rumex cuneifolius</u>
Artritis por frío	Eucaliptus, <u>Eucaliptus globulus</u> Matapalos, <u>Loranthus piperoides</u> Nogal, <u>Junglas regia</u> Pacunga, <u>Bidens pilosa</u>
Asma	Coco
Debilidad general	Ortiga, <u>Ortica urems</u>
Eczemas	Llantén, <u>Plantago major</u> Paico, <u>Chenopodium ambrosoides</u>
Enfermedades de la matriz	Ruda, <u>Ruta graveolens</u>
Epilepsia	Altamiza, <u>Franseria artemisioides</u>
Granos	Lengua de Vaca, <u>Rumex cuneifolius</u>
Infección renal	Berros, <u>Cardamine bonariensis</u> Cola de Caballo, <u>Equisetum arvense</u> Gualanday, <u>Jacaranda caucana</u>
Lumbalgias	Suelda con Suelda, <u>Callisia repens</u>
Nervios	Cedrón, <u>Lippia citriodora</u> Mastranto, <u>Ageratum brachystepphanum</u> Romero, <u>Rosmarinus officinalis</u> Toronjil, <u>Melisa officinalis</u> Valeriana, <u>Valeriana officinalis</u>
Reumatismo	Limón, <u>Citrus limonium</u> Yerbabuena, <u>Menta viridis</u>
Tos ferina	Caña agria, <u>Arundo donax</u> Sábila, <u>Por clasificar</u> Saúco, <u>Sambucus nigra</u>
Trombos	Mastranto, <u>Ageratum</u> <u>Brachystepphanum</u> Toronjil, <u>Melisa officinalis</u> Valeriana, <u>Valeriana officinalis</u>
Úlceras epidérmicas	Gualanday, <u>Jacaranda caucana</u> Nacedero, <u>Trichantera gigantea</u>

2. "Son enfermedades que el *t'h'e' wala* no las cura"

DOLENCIAS	PLANTAS MEDICINALES
Anemia	Geranio, <u>Geranium robertianum</u> Gualanday, <u>Sacaranda pavito</u> Guayabo, <u>Pisidium guayabo</u> Ortiga, <u>Ortica urems</u>
Dengue	Guayabo, <u>Pisidium guayabo</u>
Desnutrición	Ortiga, <u>Ortica urems</u>
Diabetes	Alcachofa, <u>Cynera scolymus</u>
Fiebre tifoidea	Ajo, <u>Allium sativum</u>
Hongos en los pies	Llantén, <u>Plantago major</u> Ortiga, <u>Ortica urems</u> Ruda, <u>Ruta graveolens</u> Sauce, <u>Salix humboldtiana</u> Sangregado, <u>pterocarpus podocarpus</u> Verbena, <u>Brochea prismática</u>
Inflamación de los riñones	Gramma, <u>Chynodon dactylon</u> Nacedero, <u>Trichantera gigantea</u> Cola de Caballo, <u>Equisetum arvense</u>
Mala circulación	Mastranto, <u>Ageratum brachystepphanum</u> Toronjil, <u>Melisa officinalis</u> Valeriana, <u>Valeriana officinalis</u>
Maleficios	Dormidera, <u>Neptunia prostata</u>
Tuberculosis	Sábila, <u>Por clasificar</u> Yerbabuena, <u>Menta viridis</u>

2. "Miedo de ir al hospital"

DOLENCIAS	PLANTAS MEDICINALES
Cólicos	Coca, <u>Eritroxilon coca</u>
Cólicos menstruales	Café, <u>Coffea arabiga</u> Malva, <u>Sida cordifolia</u> Ruda, <u>Ruta graveolens</u>
Dolor de cintura	Gramma, <u>Chynodon dactylon</u>
Dolores del parto	Suelda con Suelda, <u>Callisia repens</u>
Enfermedades del corazón	Cedrón, <u>Lippia citriodora</u> Mastranto, <u>Ageratum brachystepphanum</u>
Flujo blanco	Nogal, <u>Junglas regia</u>
Hemorragias	Nacedero, <u>Trichantera gigantea</u>
Presión alta	Cedrón, <u>Lippia citriodora</u> Mastranto, <u>Ageratum brachystepphanum</u>

3. "Los curanderos curan las enfermedades de por acá"

DOLENCIAS	PLANTAS MEDICINALES
Artritis por calor	Gualanday, <u>Jacaranda caucana</u> Palitaria, <u>Parietaria debilis</u> Suelta con Suelta, <u>Callisia repens</u>
Crisis nerviosas	Albahaca blanca Altamiza Fumaria Matapalo, <u>Loranthus piperoides</u> Fumaria
Enfermedades del hígado	Nogal, <u>Junglas regia</u> Llantén, <u>Plantago major</u> Salvia, <u>Salvia officinalis</u>
Mal de Ojo	Ruda, <u>Ruta graveolens</u>
Paludismo	Alcachofa, <u>Cynera scolymus</u>
Paperas	Achiote, <u>Bixa orellana</u> Cola de Caballo, <u>Equisetum arvense</u> Limón, <u>Citrus limonium</u> Maiz (pelo de choclo, <u>zea maiz</u>) Pacunga, <u>Bidens pilosa</u> Platano Verdolaga, <u>Portugla olerácea</u>
Ulcera	Ajo, <u>Allium sativum</u> Cebolla blanca Nogal, <u>Junglas regia</u>

4. "No encontró turno en el hospital"

DOLENCIAS	PLANTAS MEDICINALES
Diarrea	Ajenjo, <u>Artemiza absinthium</u> Apio, <u>Apium vulgare</u> Café, <u>Coffea arabiga</u> Guayabo, <u>Pisidium guayabo</u> Limón, <u>Citrus limonium</u> Malva, <u>Sida cordifolia</u> Manzanilla, <u>Anthemis nobilis</u> Matarratón, <u>Gliricidia sepium</u> Paico, <u>Chenopodium ambrosoides</u> Sauce, <u>Salix humboldtiana</u> Verbena, <u>Brochea prismática</u> Verdolaga, <u>Portugla olerácea</u> Yerbabuena, <u>Menta viridis</u>
Dolor de muela	Coca, <u>Eritroxilon coca</u>

Gripa	Eucaliptus, <u>Eucaliptus globulus</u> Limón, <u>Citrus limonium</u> Naranja, <u>Citrus atrantium</u> Nogal, <u>Junglas regia</u> Poleo, <u>Satureria brownii</u> Saúco, <u>Sambucus nigra</u>
Parásitos	Ajo, <u>Allium sativum</u> Limón, <u>Citrus limonium</u> Pina Matarratón, <u>Ageratumbrachystephanum</u> Paico, <u>Chenopodium ambrosoides</u> Saúco, <u>Sambucus nigra</u> Verbena, <u>Brochea prismática</u> Verdolaga, <u>Portugla olerácea</u> Yerbabuena, <u>Menta viridis</u>
Resfriado bronquial	Eucaliptus, <u>Eucaliptus globulus</u>

6. "por recomendaciones de los mestizos"

DOLENCIAS	PLANTAS MEDICINALES
Dolor de cabeza	Café, <u>Coffea arabiga</u> Geranio, <u>Geranium robertianum</u> Pacunga, <u>Bidens pilosa</u> Ruda, <u>Ruta graveolens</u> Salvia, <u>Salvia offinalis</u>
Dolor de los huesos	Geranio, <u>Geranium robertianum</u> Lengua de Vaca, <u>Rumex cuneifolius</u>
Enfermedades del riñón	Berros, <u>Cardamine bonariensis</u> Discancé, <u>Justicia phitolaccoides</u> Diente de León Grama, <u>Chynodon dactylon</u> Lengua de Vaca, <u>Rumex cuneifolius</u> Llantén, <u>Plantago major</u> Nacedero, <u>Trichantera gigantea</u> Paico, <u>Chenopodium ambrosoides</u>
Fiebre	Verbena, <u>Brochea prismática</u> Caña agria, <u>Arundo donax</u> Limón, <u>Citrus limonium</u> Matarratón, <u>Gliricidia sepium</u> Ortiga, <u>Ortica urems</u> Salvia, <u>Salvia offinalis</u> Saúco, <u>Sambucus nigra</u> Verdolaga, <u>Portugla olerácea</u> Yerbabuena, <u>Menta viridis</u>

7. "Los curanderos también son buenos"

DOLENCIAS	PLANTAS MEDICINALES
Dolor de estomago	Ajenjo, <u>Artemisa absinthium</u> Apio, <u>Apium vulgare</u> Lengua de Vaca, <u>Rumex cuneifolius</u> Malva, <u>Sida cordifolia</u> Manzanilla, <u>Anthemis nobilis</u> Pacunga, <u>Bidens pilosa</u> Ruda, <u>Ruta graveolens</u> Salvia, <u>Salvia officinalis</u>
Sarampión	Llantén, <u>Plantago major</u> Matarratón, <u>AgeratumBrachystephanum</u> Verdolaga, <u>Portugla olerácea</u> Yerbabuena, <u>Menta viridis</u>

8. "No es enfermedad grave"

DOLENCIAS	PLANTAS MEDICINALES
Dolor de espalda	Gramma, <u>Chynodon dactylon</u>

9. "Mucha droga es mala"

DOLENCIAS	PLANTAS MEDICINALES
Bronquitis	Naranja <u>Citrus atrantium</u> Sábila, <u>Por clasificar</u>

10. Muestra de algunas fórmulas vegetales utilizadas, según dolencias.

Artritis por frío. Se toma eucaliptus (*eucaliptus globulus*), nogal (*junglas regia*), matapalo (*loranthus piperoides*) y pacunga (*bidens pilosa*); se coloca a hervir por 15 minutos. Una vez listo el cocimiento se aplica tibio en forma de pedilubios: baños en los pies y manilubios: baños en las manos; luego se debe tomar un litro diario de del cocimiento de estas tres plantas.

Artritis por calor. Se coloca a hervir llantén (*plantago major*), hojas de achote (*bixa orellana*), corteza de gualanday (*jacaranda caucana*) y palitaria (*parietaria debilis*), durante 15 minutos y se suministra por tazas. También tomar zumo puro de llantén (*plantago major*), una copa en la mañana y otra en la tarde.

Asma: Se frota en el pecho manteca de armadillo. Echar aguardiente y azúcar a un coco, (*cocus sp*), enterrarlo por 15 días; luego se saca y se toma del contenido por copas antes de acostarse.

Bronquitis. Corteza de naranja (*citrus atrantium*) con clara de huevo batida, tres veces al día. sábila, (*Aloe sp.*) batida con clara de huevo. Enjundia de gallina.

Crisis nerviosa. Se hace un cocimiento en agua durante cinco minutos de las plantas de matapalo (*loranthus piperoides*), tabardillo, fumaria y cogollos de altamiza (*Franseria artemisioides*), y se toma la cantidad de un litro durante el día. También debe hacerse un baño diario con agua de albahaca blanca cocinada.

Diarreas. La corteza macerada y fresca del aliso rojo, con unas ramas de apio (*apium vulgare*), manzanilla (*anthemis nobilis*) y cinco hojas de coca (*eritroxilon coca*), se coloca a hervir durante diez minutos. Finalmente se obtiene un líquido rojo concentrado, el cual se administra por tazas y combate diversas clases de diarreas. Cuando hay "fermento intestinal" acumulado, se realiza un "lavado" con el anterior cocimiento. Luego se suministra suero casero y nuevamente el cocimiento.

También se aconseja tomar los cocimientos de agua de hierbabuena (*menta viridis*), manzanilla (*anthemis nobilis*), apio (*apium vulgare*), de los cogollos¹³⁸ de coca (*eritroxilon coca*); y tomar agua de cebada, y jugo de limón con almidón de yuca en crudo.

¹³⁸ cogollo: es la parte más fresca de la planta existente en el extremo libre de cada rama.

Enfermedad de los riñones(inflamaciones) Cocinar hojas de grama (*chynodon dactylon*) y nacedero (*trichantera gigantea*) con paico (*chenopodium ambrosoides*), y luego tomar su cocimiento en cantidad de un vaso grande en ayunas y otro después de las comidas. También hacer un cocimiento de diente de león, discancé morado(*justicia phitolaccoides*), berros (*cardamine bonariensis*), caracucho y hojas de cederrón (*lippia citriodora*) y tomar en la misma proporción. Evitar los alimentos picantes como: cominos, café, sal y pimienta.

Epilepsia. La semilla de altamiza (*Franseria artemisioides*) se tuesta, se muele hasta obtener un polvo fino. Con éste se realiza una infusión y se administran cuatro tazas diarias. El tratamiento es por tres meses.

Fiebre. Tomar jugo de matarratón (*gliricidia sepium*)

Gripa. jugo de naranja (*citrus atrantium*) asada con miel de abeja, cola granulada y Cal-C-Tosse, y tomar tres veces al día. Además hacer inhalaciones de hojas de eucalipto (*eucaliptus globulus*) cuando hierven con sal.

Hervir la leche y agregar plantas calientes¹³⁹ como: poleo (*satureria brownii*), nogal (*junglas regia*) y tomar un vaso tres veces al día.

Hongos en los pies. Se aplica en el área afectada el líquido lechoso color rojo púrpura del árbol sangregado¹⁴⁰ (que se extrae al causar incisiones en su corteza). Esto va "matando el hongo". También se puede hacer una plantilla con la corteza del mismo árbol. que se ajuste al calzado.

¹³⁹ Plantas calientes para los curanderos son aquellas que dinamizan el organismo o producen calorías.

¹⁴⁰ Sangregado, (*Pterocarpus podocarpus*). Árbol de 8 metros de alto, con flores abundantes color amarillo; se distribuye en el Atlántico, cerca del río Magdalena y se le atribuyen propiedades bacteriostáticas y como desinfectante.

Se recomienda el macerado y hervido (por 25 minutos) de la corteza de sauce (*salix humboldtiana*) y la raíz de ortiga(*Ortica urems*), y se suministra un litro diario, cada media hora una taza.

Entre otras acciones están el poner paños de vinagre, compresas de hielo y vinagre, rotes de alcohol con ruda, bañar el cuerpo con agua tibia, tomar agua de llantén, zumo de verbena blanca, o consumir caldo de chucha sin sal.

Paperas. Colocar sobre el cuello cáscara de plátano asada a medias. Tomar una cucharada de limón (*citrus limonium*) y dos cucharadas de jugo de achote verde (*bixa orellana*), tres veces al día. Hacer gárgaras de jugo de limón con achote. Realizar un cocimiento con hojas de verdolaga (*portugla olerácea*), cola de caballo (*equisetum arvense*), y pelos de choclo de maíz, y tomar cuatro veces al día con jugo de limón.

Parásitos. Tomar dos cucharadas de zumo de paico (*chenopodium ambrosoides*) y nueve dientes de ajo (*allium sativum*) en leche cruda. En un litro de agua cocinar hierbabuena (*portugla olerácea*), paico y verdolaga (*portugla olerácea*), hasta que quede en un cuarto y luego suministrar en ayunas por cucharadas. Consumir ajo en ayunas. Comer paico y piña con ajo. Se raspa la piña y se revuelve con el ajo, luego se deja al sereno y se toma.

Trombosis. Se toman 50 gramos de toronjil (*melisa officinalis*), valeriana (*valeriana officinalis*) y mastranto, se hace un cocimiento por un tiempo de 10 minutos. La planta se utiliza en forma seca o verde. Se recomienda tomar un litro diario durante los 15 días que dura el tratamiento completo.

Ulcera. Se debe tomar leche fría en cantidad de un vaso y otro con leche caliente tres veces diarias. Beber leche en abundancia. Tomar infusión de cebolla blanca en ayunas. Tomar miel de purga con leche. También tomar el cocimiento de cáscaras de limón biche, pintón y maduro.